

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 - N° 125

PLASTIQUE MAMMAIRE

ÉTUDE MÉDICO - CHIRURGICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Juillet 1936

PAR

M^{me} BERNARD

née LAFEUILLE Irène-Lucie-Angèle

Licenciée-ès-sciences

née à LA SAUVETAT (Gers) le 11 Juin 1899

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BEGOUIN, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	Juges.
		PERRENS, professeur	
		FABRE, agrégé	

PARIS

LIBRAIRIE NORBERT MALOINE S. A.

27, rue de l'Ecole-de-Médecine

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546617_0033

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 - N° 125

PLASTIQUE MAMMAIRE

ÉTUDE MÉDICO - CHIRURGICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Juillet 1936

PAR

M^{me} BERNARD

née LAFEUILLE Irène-Lucie-Angèle

Licenciée-ès-sciences

née à LA SAUVETAT (Gers) le 11 Juin 1899

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BEGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	<i>Juges.</i>
		PERRENS, professeur	
		FABRE, agrégé	

PARIS

LIBRAIRIE NORBERT MALOINE S. A.

27, rue de l'Ecole-de-Médecine

1936

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

MM. POUSSON, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET,
CHAVANNAZ, PACHON

Clinique médicale	MM. MAURIA DUPERIE BEGOUIN.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gy- nécologique	GUYOT.	Clinique médicale des mala- dies des enfants	CRUCHET.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES. ANDERODIAS.	Chimie biologique et médi- cale	DELAUNAY.
Clinique d'accouchements ..	SABBAZES.	Physique médicale et phar- maceutique	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	VILLEMIN.	Médecine coloniale et chi- nique des maladies exoti- ques	BONNIN.
Anatomie générale et histo- logie	G. DUBREUIL LEURET.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques ..	PETGES.
Hygiène	LANDE.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontolo- gie	RECHOU CHELLE.	Clinique des maladies ner- veuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	GOLSE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn- gologie	PORTMANN
Chimie	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée	LABAT.
Botanique et matière médi- cale	MANDOUL. AUBERTIN.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	ORFÈX DUBECQ.
Pharmacie	TEULIERES	Clinique dentaire	
Zoologie et parasitologie ..			
Médecine expérimentale ..			
Clinique ophtalmologique ..			
LACOSTE (Histologie),	PERY (Obstétrique),	PERRENS (Maladies mentales)	
PAPIN (Chirurgie générale),	R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles),	JEANNENEY (Chirurgie générale)	

Anatomie	MM. N.		
Anatomie	DUFOUR.		
Physiologie	FABRE.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
Médecine générale	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DUFOUR.		
	FABRE.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.		
	DAMADE.		
	PIECHAUD.		
	DELMAS.		
	MARSALET.		
	DE GRAILLY.		
	FONTAN.		
	MM.	</	

Physiologie	MM.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	FABRE.	Physique médicale et phar-	
Accouchements	PAPIN.	macéutique	WANGERMERZ.
	RIVIERE.	Botanique	GERARD.
Pathologie médicale	DELMAS.	Médecine légale	DERVILLEE.
	MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGERE.	Urologie	DARGET.
Pharmacie chimique	VITTE.		
Ophtalmologie		M. CABANNES (en congé).	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes : N...			
		Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES CAMARADES,

A MES AMIS,

A TOUS LES MIENS,

Mon PÈRE, in-memoriam, 1930,

Ma MÈRE,

Mon MARI,

DENISE, ma fille,

Le Docteur BERGER (in memoriam)

et Hélène BERGER

A TOUS MES PARENTS.

A MES MAÎTRES DE PARIS

Messieurs les Docteurs

ACQUAVIVA, ALLENDY, BELOT, CHAILLY, CHENILLEAU,
DAUSSET, DELATER, FERRIER, FRANCKEL-LEVY,
GIRAUDEAU, GOUGEROT, SIMARD.

Mesdames les Docteurs

CARBONNIER-TESSER, FRANCILLON, MIRCOUCHE.

Au Docteur CLAOUE,

dans la clinique duquel nous avons poursuivi ce
travail

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

Chirurgien des Hôpitaux

Chirurgien-adjoint du Centre régional contre le cancer

Membre correspondant de l'Académie de chirurgie

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

Officier de l'Instruction publique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin des Hôpitaux

Vice-président de l'association des dermatologistes

et siphiligraphes de langue française

Officier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

Officier de l'Instruction publique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. L. ROCHER

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Membre des Sociétés Internationales de chirurgie et d'orthopédie

Membre correspondant de l'Académie de chirurgie

Vice-Président de la Société française d'orthopédie

Membre des Sociétés italienne et belge d'orthopédie

Membre des Sociétés de pédiatrie de Paris et de Madrid

Membre de la Société des Chirurgiens polonais

Membre d'honneur de la Société de chirurgie roumaine

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'Instruction publique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. VILLEMIN

Professeur d'anatomie

Croix de guerre

Officier de l'Instruction publique

Officier de Sainte Anne de Russie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MAURIAC

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

Professeur de Clinique médicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

Officier de l'Instruction publique

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des hôpitaux
Correspondant national de l'Académie de médecine ...
Membre correspondant de l'Académie de chirurgie
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique

Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de ma
reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Avant-propos</i>	15
----------------------------	----

PREMIERE PARTIE

<i>Généralités sur les conceptions esthétiques et juridiques</i>	17
--	----

CHAPITRE I. — La conception de l'esthétique mammaire à travers l'histoire	19
--	----

CHAPITRE II. — La chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la jurisprudence	42
--	----

DEUXIEME PARTIE

<i>Le problème à résoudre</i>	71
--------------------------------------	----

CHAPITRE I. — Indications opératoires... ..	74
---	----

CHAPITRE II. — Les données anatomiques en vue de la chirurgie réparatrice mammaire... ..	83
--	----

TROISIEME PARTIE

<i>Les méthodes médicales en plastique mammaire</i>	137
--	-----

CHAPITRE I. — Considérations sur les solutions médicales.	141
---	-----

CHAPITRE II. — La solution médicale fonction de l'étude de la physiologie de la glande mammaire	145
--	-----

QUATRIEME PARTIE

<i>Les diverses solutions chirurgicales du problème</i>	175
CHAPITRE I. — Opérations cutanées simples	177
CHAPITRE II. — Opérations plastiques mammaires avec résection glandulaire sans transport du mamelon ...	179
CHAPITRE III — Opérations plastiques mammaires avec résection glandulaire et transposition du mamelon..	181
CHAPITRE IV. — Principales opérations classées par ordre alphabétique	193
CHAPITRE V. — La cicatrice en chirurgie plastique mammaire	214
CONCLUSIONS	237
BIBLIOGRAPHIE.. ..	241

PLASTIQUE MAMMAIRE

ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE

AVANT-PROPOS

Nous apportons à la Faculté de médecine de Bordeaux la thèse traditionnelle pour l'obtention du Doctorat. Si nous avons réalisé cet ouvrage, nous le devons à l'intelligente conception de nos parents, et à la largeur de vue de M. Louis Bernard qui, malgré les préjugés, nous a engagés à poursuivre nos études.

Cette thèse a nécessité une longue enquête et de nombreux voyages. Nous avons questionné ceux qui par leurs travaux ont apporté une collaboration à ce sujet, en particulier les docteurs : ACQUAVIVA, ALLENDY, CARLU, CHENILLEAU, CLAOUÉ, DARTIGUES, DAUSSET, DUFOURMENTEL, FERRIER, GIRAudeau, KAUFFMANN, LAGARDE, MONTANT, NOEL, SIMARD (de Paris). Nous avons fait appel aux conseils de nos Maîtres de la Faculté, en particulier les professeurs : JEANNENEY, PERRENS, PETGES, ROCHER, VILLEMIN. WANGERMES, de nos confrères les docteurs CHARRON et HIRTZ (de Bordeaux). Nous apportons ce mémoire avec les conseils d'ordre général de Monsieur le Professeur BEGOUIN, Président de thèse, et sous la direction technique du Docteur CLAOUÉ. Nous remercions ceux dont la collaboration nous a facilité la mise au point de ce travail, en particulier les Docteurs LAFARGUE et MAGENDIE, qui nous ont introduits à la Clinique du Docteur Claoué.



Les nécessités de la vie obligent les étudiants à parvenir le plus rapidement possible au doctorat, par la présentation d'une thèse, qui seule, permet l'exercice pratique de la médecine. Cette obligation est combien regrettable, car les études médicales absorbent une très importante portion de la vie active et productive de l'individu. La nécessité justifie donc la pratique de l'unanimité, qui ne donne à la thèse que l'importance d'une formalité.

Les difficultés matérielles que nous avons dû vaincre, et les trois années que nous avons dû consacrer à cet ouvrage, nous font penser que l'obligation de satisfaire à une formalité, empêche de mener à bien un travail de quelque importance, et nuit à cette production de travaux scientifiques qui est de tradition en France.

Le but final et la justification de l'enseignement supérieur n'est-il pas cependant l'art d'utiliser les connaissances ? La thèse n'en est-elle pas le couronnement ?

Nous avons donc tenu, malgré tout, à consacrer le temps nécessaire à ce travail sur la plastique mammaire, pour contribuer à l'étude d'un domaine nouveau de la médecine où la part française est prépondérante. Nous avons préféré ces difficultés à une thèse rapide, — qui nous aurait procuré sans doute les facilités d'une situation immédiate — ou la possibilité de préparation de quelques concours dont les aléas risquent de rendre l'effort stérile.

Nous avons voulu, en somme, que ce travail soit l'expression de l'hommage que nous offrons à l'enseignement de nos Maîtres et à l'esprit scientifique désintéressé qui doit être à la base même de l'exercice de la médecine.



La chirurgie mammaire, thème de notre étude, semble être entrée aujourd'hui dans la voie de la réalisation et de la pratique courantes. Elle n'en est pas moins l'objet de nombreuses critiques quant à son opportunité et à ses résultats. Apporter une collaboration en vue de la mise au point de ce problème nouveau, nous paraît faire œuvre utile.

L'étude des généralités quant à la conception de l'esthétique mammaire et du problème juridique, est l'objet de la première partie.

La justification de l'opération et les indications opératoires, sont suivies d'un chapitre consacré aux données anatomiques, en vue de la solution du problème à résoudre. Cet ensemble forme le sujet de la deuxième partie.

La troisième partie de notre travail est l'exposé des diverses solutions médicales.

La quatrième partie est l'exposé des solutions chirurgicales proposées.

Tel est le plan d'ensemble de cet ouvrage que nous avons poursuivi à la clinique du Docteur Clauoué et sous sa direction.

I. BERNARD.

PREMIÈRE PARTIE

Généralités
sur les conceptions
esthétiques et juridiques

CHAPITRE PREMIER

L'Esthétique mammaire à travers l'Histoire ⁽¹⁾

Rien n'est aussi sujet à changement qu'une conception esthétique en quelque domaine que ce soit. Selon la race, l'opinion de la foule ou de l'individu lui-même, l'homme brûle ou adore tour à tour ce que ces ancêtres ont considéré comme le summum de la beauté et du bon goût.

C'est pourquoi avant d'exposer nos conceptions sur la chirurgie réparatrice mammaire, il nous semble logique de réunir dans un aperçu d'ensemble les concepts esthétiques de la poitrine à travers les âges. La connaissance de ces données en effet, présente un intérêt primordial pour le chirurgien, qui se trouve dans l'obligation de respecter la manière de voir de ses contemporains s'il veut satisfaire au désir de reconstruction plastique et esthétique des seins suivant la demande opératoire.

A l'étude, la relativité de ce problème est telle, qu'on est enclin à ne l'envisager que sous l'angle du scepticisme.

*
**

La race noire nous donne un exemple très démonstratif de cette relativité. Les seins petits, fermes et effilés jusqu'au

(1) Nous remercions M. le docteur BORD, auquel nous devons de nombreux renseignements et documents, ainsi que M. BERTHET, ingénieur, pour sa collaboration photographique.

mamelon des jeunes négresses sont actuellement l'objet de l'approbation générale ; ces mêmes seins étirés et tombants des jeunes filles devenues mères, provoquent en nous, par contraste un certain sentiment de répulsion ; c'est pourtant volontairement que ces femmes ont allongé leurs seins par compression, en vue de l'allaitement du nourrisson, qu'elles ont coutume de porter sur leur dos.

Pour la race nègre, les seins tombants d'une femme adulte sont-ils inesthétiques ?

Ils sont certainement conformes pour ces peuplades à l'épanouissement de la beauté féminine.

A travers les âges, les maîtres de la peinture et de la sculpture nous fournissent un autre exemple de cette relativité. N'est-il pas curieux de constater que la plastique masculine n'a présenté au cours des siècles aucun changement, tandis que la plastique féminine, pour satisfaire au goût du jour, s'est montrée sous des formes multiples ? On s'explique cependant ce transformisme du modelé féminin, si l'on sait que la femme est anabolique, c'est-à-dire capable d'emmagasiner des réserves en vue de la grossesse et de l'allaitement futurs, par opposition à l'homme qui est catabolique, c'est-à-dire brûle toutes ses réserves pour libérer une constante énergie.

Le sein, en raison de sa structure particulière, de la malléabilité de son tissu graisseux, de la possibilité de son déplacement sur l'assise pectorale peut être comprimé, remonté, abaissé et même repoussé en dedans ou en dehors, à volonté. Ainsi s'expliquent les caprices de la mode à son égard.

Sans prétendre à une étude détaillée de l'évolution à travers les âges, nous croyons utile dans ce mémoire, de jeter un regard à travers les grandes époques de l'histoire humaine, afin d'éclairer la suite de cet exposé.

Rappel chronologique de l'histoire humaine

Pour nous situer dans le temps selon les divisions classiques, nous rappellerons tout d'abord la préhistoire, puis l'histoire humaine proprement dite.

Temps Préhistoriques ou Préhistoire

La géologie ne nous donne actuellement aucune trace d'existence humaine pendant l'ère tertiaire. La préhistoire apparaît donc avec l'ère quaternaire, comme l'ont révélé les explorations pratiquées dans les différents terrains.

A la suite de ces recherches, la préhistoire a été divisée en un certain nombre de périodes :

A) LA PÉRIODE PALÉOLITHIQUE ou âge de la pierre éclatée.

Elle se subdivise d'après la profondeur du terrain :

A) *en paléolithique inférieur*, révélé par les gisements de Chelles, en Seine-et-Marne, près de Meaux et par les Sablières de Saint-Acheul à côté d'Amiens.

B) *en paléolithique moyen* conséquence des recherches pratiquées dans la grotte du Moustier à Peyrac (Dordogne), à Néanderthal (Rhénanie), à Spy (Belgique) et à la Chapelle aux Saints (Corrèze).

Ces découvertes nous ont permis de connaître l'homme dit « Moustiérien », dont le crâne avait des caractères physiques particuliers : front fuyant, arcades sourcilières énormes, boîte cérébrale aplatie et qui marchait en attitude fléchie.

c) *en paléolithique supérieur ou âge du Renne* — en raison de l'abondance des traces laissées par cet animal au cours de cette période — dont nous devons la connaissance aux fouilles pratiquées à Cro-Magnon près des Eysies, et à celles de Grimaldi près de Menton. Les squelettes de cette époque offrent de grands points de ressemblance avec le squelette de l'homme actuel ; le front est droit, la face est rentrée sous le crâne, à l'inverse de l'homme Moustiérien au front fuyant et à la face proéminente. En outre, nous savons qu'à cette époque, on travaillait le silex, l'os et l'ivoire. Des pointes de sagaies, des harpons, des aiguilles ont été retrouvées ainsi que des peintures, des gravures et des sculptures qui prouvent un sentiment artistique assez développé. L'âge du Renne s'affirme par plusieurs subdivisions :

1° *L'époque aurignacienne* connue à la suite de fouilles faites dans les grottes d'Aurignac (Lot-et-Garonne).

2° *L'époque Solutréenne* à la suite des fouilles pratiquées dans les grottes de Solutré, près de Mâcon.

3° *L'époque Magdalénienne* à la suite des fouilles pratiquées dans les abris préhistoriques de la Madeleine à Tursac (Dordogne).

B) LA PÉRIODE NÉOLITHIQUE ou période de la pierre polie. Précédée d'une période de transition dite *période mésolithique* dont la description des caractères encore mal définis, nous entraînerait trop loin de notre sujet. La période néolithique est dominée par *des troubles de distribution de la faune et l'apparition d'instruments et de constructions* dus à la main de l'homme.

En effet, les mammouths disparaissent, tandis que les rennes émigrent vers le nord. La main de l'homme crée *la hache* dont le manche est en bois de cerf et le tranchant en pierre polie; elle crée *les poteries* dont les vestiges reconstitués montrent même des empreintes digitales. Enfin, à côté des grottes naturelles qui servaient d'habitation, la main de l'homme creuse des grottes artificielles et construit ces monuments à fins funéraires appelés menhirs et dolmens.

C) LA PROTO-HISTOIRE.

La période néolithique se termine par une période de transition qui ouvre l'histoire humaine ou histoire proprement dite. Pendant cette période, les métaux commencent à être utilisés par les hommes ; les fouilles nous ont permis de fixer l'époque approximative de leur apparition. L'emploi du cuivre remonte à environ 2.500 ans avant Jésus-Christ ; celui du bronze à 2.000 ans avant Jésus-Christ et celui du fer à 900 ans avant Jésus-Christ.

Temps Historiques ou Histoire proprement dite

Ces temps sont bien connus de tous et divisés assez arbitrairement en plusieurs périodes habituellement admises et que nous rappelons :

1° L'HISTOIRE ANCIENNE qui s'étend de l'âge du fer à la mort de Théodose, en l'an 395, parce que son règne marque le rétablissement de l'unité du Christianisme en vue de la lutte contre le paganisme et la barbarie. Cette période est dominée par les civilisations égyptienne, grecque et latine ;

2° LE MOYEN AGE qui constitue une période de transition entre l'antiquité et les temps modernes, s'étend de la mort de Théo-

dose, en 396, à la prise de Constantinople par les Turcs, en 1453 et est dominée par le régime féodal;

3° LES TEMPS MODERNES qui s'étendent de la prise de Constantinople, en 1453, à la Révolution française de 1789, sont caractérisés par la destruction du régime féodal au profit de *la monarchie absolue* et troublés par les périodes de *la Renaissance* et de *la Réforme* ;

4° L'HISTOIRE CONTEMPORAINE est née de la révolution française de 1789. Les notions de nationalité et de parlementarisme dominent notre époque.

Le sein dans les manifestations artistiques de la préhistoire

A l'aurore des sentiments artistiques, l'homme a donné la plus grande importance à la représentation des symboles de la magie et de la religion. Toutes les sculptures de ces lointaines époques représentent des seins volumineux et tombants, image de la conception esthétique de la poitrine de la femme préhistorique.

De la *période aurignacienne*, les fouilles n'ont mis à jour que des sculptures. A Brassempouy (Landes) en 1894, à Lespugne (Haute-Garonne) en 1922, on a découvert des statuettes en ivoire de mammoths, dont les plus intéressantes sont des Vénus. Elles sont microcéphales, au torse grêle, avec de monstrueux organes de reproduction. Les seins sont longs, cylindriques, volumineux et issus d'un thorax atrophié, pour reposer sur un ventre énorme et des hanches hypertrophiées.

Les statuettes de Menton, trouvées dans les grottes de Grimaldi, font ressortir, sculptées dans la stéatite, la stéatopygie ou développement exagéré du tissu adipeux de la région fessière. Parmi ces statuettes, certaines sont hermaphrodites : or, la dualité divine, encore inconnue à l'époque paléolithique, paraît de règle à l'époque néolithique. Les statuettes de Menton marquent donc une transition entre ces deux époques.

Les fouilles, et en particulier celles que le docteur LALANNE (de Bordeaux) a effectuées à Laussel, nous ont révélé que l'épo-



FIG. 1. — *La Vénus de Laussel*. — Cette œuvre préhistorique représente le symbole de la fécondité. La main gauche repose sur le ventre, alors que la main droite tient la corne d'abondance. Remarquer la chute de la poitrine et le type adiposo-génital très prononcé.

Cette pièce, la plus vieille du monde, a été trouvée par le docteur Lalanne (de Bordeaux) et est conservée dans sa clinique du Bouscat, dite *Castel d'Andorte*.

que magdalénienne est vraiment celle de la gravure. Le docteur LALANNE a retrouvé un bas-relief représentant une femme qui tient une corne d'abondance, symbole de la Terre : les seins sont volumineux, tombants, piriformes, le ventre et les hanches énormes rappellent le type adiposo-génital. Cette pièce, une des plus précieuses que possède le monde, est connue sous le nom de *Vénus de Laussel*.

En somme, l'adiposité, le sein volumineux et tombant caractérisent ce qui nous parvient de l'époque paléolithique. « A l'âge du Renne, dit Julian, la vertu propre, le sens, la raison d'être de cette mère divine était alors la maternité » et n'oublions pas qu'Hésiode a chanté dans sa *Théogonie* : « Avant toute chose, fut Khaos, puis Gaïa aux larges seins. »

L'époque néolithique a continué la tradition. Les idoles gardiennes des dépôts funéraires, des dolmens, ont un visage à peine indiqué, mais nous montrent des seins toujours larges et tombants.

Il en est de même au cours des âges du cuivre, du bronze et du fer de la proto-histoire.

Nous retrouvons aujourd'hui la représentation fidèle du type féminin préhistorique chez les Finnois, les Finlandais, les Aïnos et chez la femme boschimane. Ce dernier peuple habite actuellement l'Afrique Méridionale, sur le Haut-Orange, au nord de la colonie du Cap.

Le sein dans les manifestations artistiques de l'Histoire proprement dite

Le symbole de la Nature est représenté, dans l'*antiquité*, sous la forme d'une femme aux seins plantureux et multiples : Artémis ou Diane des Latins. Fille de Zeus et sœur d'Apollon (dieu solaire), elle représente la déesse lunaire. La légende raconte, qu'étant née un jour plus tôt que son frère, elle aida sa mère à mettre au monde celui-ci. On s'explique ainsi que tout en personnifiant la chasteté et la virginité, elle fût considérée comme déesse de l'accouchement. Mais l'Artémis d'Ephèse (Asie Mineure), l'une des sept merveilles du monde, a été l'objet du culte principal de la religion de ce pays. Elle ne représente plus ici la vierge, mais la mère au corps hérissé d'un nombre considérable de mamelles secondaires, symbolisant ainsi l'universelle nourricière de tous les êtres de la terre. Son corps est, de plus, damasquiné de têtes de cerfs, de taureaux, de lions et d'autres animaux.

La légende rapporte aussi que les Amazones formaient une peuplade de femmes guerrières établies au bord du Thermodon, près de Trébizonde, qui se mutilaient, dit-on, la mamelle droite, pour tirer l'arc plus facilement. Cependant, certains casuistes de l'étude des langues pensent que l'a du mot ama-



*Ubera distenta, et fax ignea, avis, ligo, aqualis,
Naturæ illustrant diuitis effigiem.*

FIG. 2. — *La Nature multimammée.* — Remarquez les seins multiples et les têtes d'animaux qui émergent du socle.
(Document communiqué par le journal « Œsculape »)

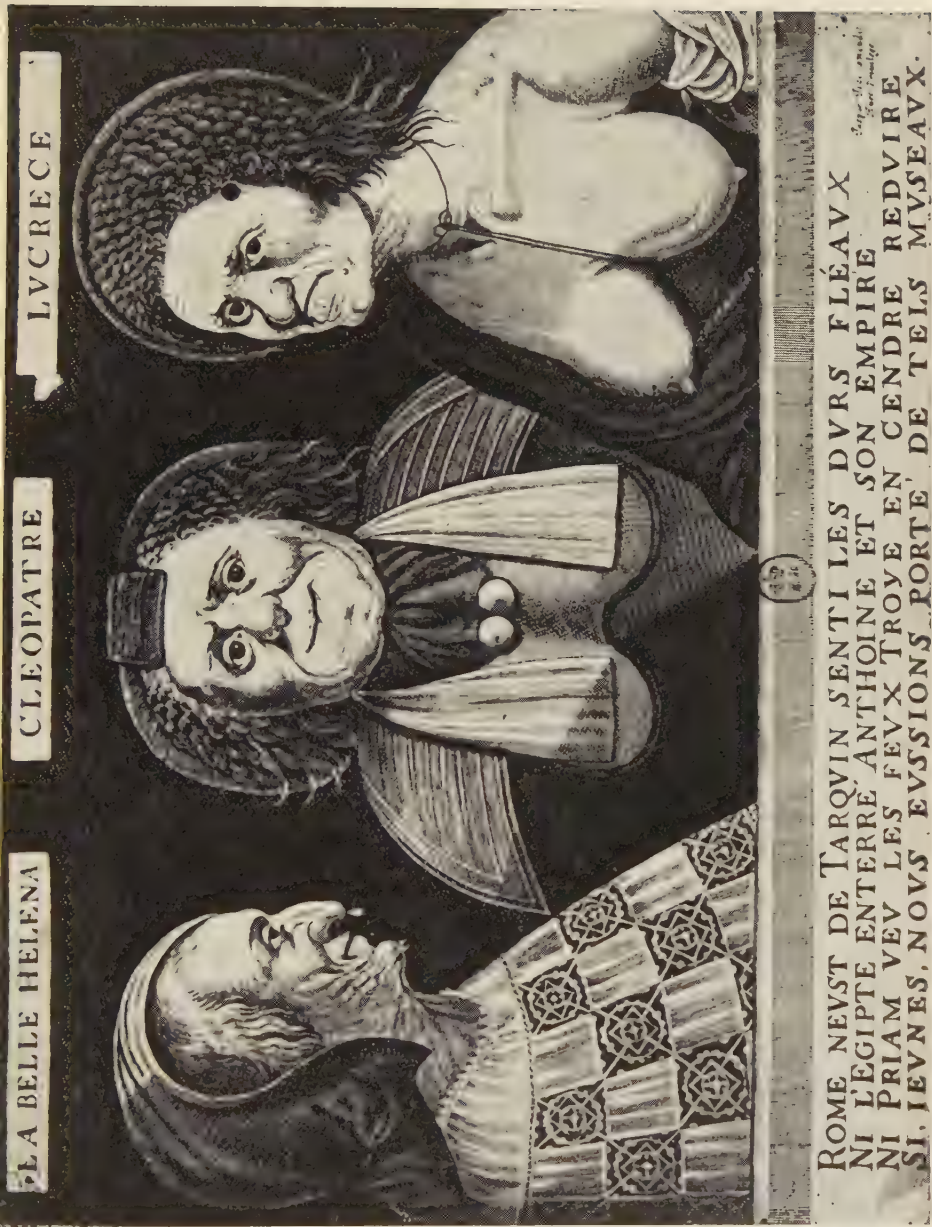


FIG. 3. — Remarquez les seins de Cléopâtre et de Lucrèce.

(Document communiqué par le Journal « Œsculapne »)

zone ne saurait, dans ce cas particulier, avoir le sens privatif, mais, au contraire, un sens augmentatif. Ils prétendent donc, que les Amazones possédaient des mamelles nombreuses et puissantes !

La mythologie védique nous rapporte les fameux combats que le dieu hindou Indra engageait contre les démons des ténèbres, pour délivrer les vaches célestes, afin que celles-ci laissent s'écouler de leurs mamelles le lait qui arrose et fertilise la terre. Ces vastes mamelles ne sont aujourd'hui pour nous que des nuages et leur lait la pluie nécessaire à la fertilité du sol.

Un grand nombre d'autres divinités antiques ont été représentées avec des seins multiples : Isis, Aprodite, Cérès, sont de cette manière, les déesses de la fécondité et de la puissance nourricière.

Les artistes des premières dynasties égyptiennes représentent dans leurs œuvres, des seins petits et écartés. A *l'époque saïte*, ils les représentent, au contraire, si volumineux, qu'ils atteignent la ligne médiane, comblant ainsi totalement la gorge.

Nous retrouvons dans *l'art égéen* cette exagération dans la forme, accusée par le port d'un corset cintré, de telle sorte, que la stéatopygie associée, donne aux statuettes de cette époque, une silhouette analogue aux caricatures de la fin du siècle dernier qui sont exposées au musée Grévin.

L'art grec archaïque nous a laissé des statues revêtues d'une étoffe assez souple, pour laisser deviner les formes et l'écartement des deux seins. Ceux-ci sont peu développés et largement séparés par la présence d'un ornement placé à la façon d'un baudrier. Faisons remarquer cependant, que les torsos nus, ont aussi les seins plus écartés qu'ils sembleraient devoir l'être naturellement.

Les bas-reliefs de la villa Ludovicia, dans « la naissance de Vénus », nous donnent, à cet égard, un exemple démonstratif. Chose curieuse même, à cette époque certains artistes font ressortir l'hypertrophie des seins chez l'homme, malformation connue sous le nom de gynécomastie, tel cet « Apollon » mis

à jour au cours des fouilles de Delphes, tel ce « Torso di Marto » du Musée de Naples, porteur de seins plantureux et d'un développement exagéré des parties génitales; tel également ce groupe d' « Oreste et Electre », où les seins d'Oreste sont aussi développés que ceux de sa compagne. Nous voyons même au Musée du Louvre un « Démosthène » drapé dans une toge dévoilant des seins d'une amplitude anormale. Pour terminer, mentionnons enfin l'existence de l'hermaphrodisme, dans « L'Ermafrodito de la Galerie Uffizi » à Florence.

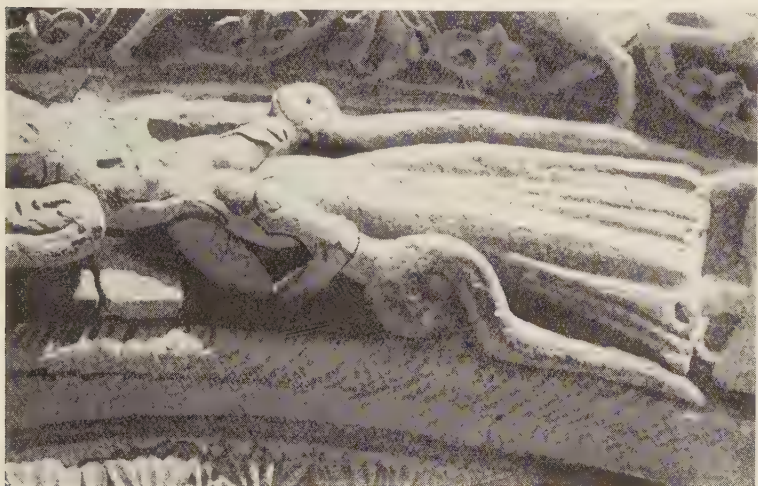


FIG. 4. — *Le châtiment de la luxure.* — Détail de la frise de la grande porte de l'église Sainte-Croix à Bordeaux. Les serpents dévorent les seins de la pénitente.

Avec les temps qui suivent, s'affirme l'apogée de la forme plastique de la poitrine pour atteindre cette belle époque de l'art grec avec les torsos modelés et puissants des femmes de Phidias ou le charme célèbre des œuvres de Praxitèle. L'un des plus beaux spécimens de cette époque est la Vénus Anadyomène, découverte à Cyrène et actuellement au Musée des Thermes à Rome.

Avec l'art gréco-romain, le goût du public change : aux petits seins, s'oppose la largeur exagérée des flancs. Puis



FIG. 5. — *Le châtimement de la luxure.* — Détail d'une figuration de la porte principale de l'église Sainte-Croix de Bordeaux. Remarquez l'homme présentant aux crapauds le sein de la pénitente.

apparaît une tendance marquée pour le réalisme puisque l'on reproduit même les seins flétris de la vieillesse.

Le Christianisme détruit toutes les divinités païennes et s'attaque à celle qu'il considère comme la plus dangereuse :



Fig. 6. — *Vénus callipyge*

Aphrodite, cette déesse nue. La femme, cause du péché originel, ne doit-elle pas être dépossédée de ses charmes ? Dans l'histoire sainte, le corps d'Eve est asexué et ses formes identiques à celles d'Adam (voir la mosaïque du XVII^e siècle de la cathédrale de Monréale). Tous deux sont dotés de mamelles flasques et pendantes.

Ce désir d'enlaidir la femme, se retrouve dans tout l'art byzantin, grande dépravation de mœurs, à laquelle fit suite un mouvement de réaction. Les ordres religieux se fondent alors ; les prédicateurs imposent des règles sévères et la sculpture s'efforce de montrer le châtiment du péché, en particulier celui de la luxure. Ainsi s'explique l'association de serpents, de crapauds, de dragons en signe de représailles que nous trouvons parmi les sculptures des églises romanes. Le portail méridional de Saint-Pierre, à Moissac, nous en donne un bel exemple, avec « la femme aux serpents ». Un des chapiteaux du portail méridional de l'église Saint-Sernin à Toulouse nous montre les sept péchés capitaux. Les mêmes reproductions sont retrouvées dans la cathédrale de Dax. A l'église Sainte-Croix de Bordeaux, un portail représente des femmes aux seins dévorés par des serpents et des crapauds. A la cathédrale Saint-André de Bordeaux, Witkowsky décrit une console sculptée en contrefort, qui représente une luxurieuse accroupie, le torse nu, les seins dévorés par des dragons.

L'étude des églises girondines de Targon de Saint-Genès, de Saint-Palais permet de retrouver les mêmes thèmes répétés dans l'Ouest et dans le Centre, ainsi que dans la fameuse « Reproduction de l'Enfer » de l'église de Bourges.

Les gravures saintes de cette époque nous rapportent des faits curieux, tels le « Miracle de la Lactation de saint Bernard » ou le « Miracle de Notre-Dame guérissant un clerc et un moine de son lait ».

Ce dernier miracle rapporte qu'un moine, à force de jeûnes, était tombé dans un tel état de faiblesse qu'il allait mourir. Notre-Dame vint à son secours. Elle essuya ses plaies, puis

trayant elle-même le lait de sa mamelle, le lui mit dans la bouche. A peine était-il en bière, le moine, dit-on, se mit à remuer et ressusciter.



FIG. 8. — *La nature se découvrant devant la science.* — (Faculté de médecine de Bordeaux).

Nous voyons ainsi combien de tous temps, le lait a été doué de propriétés merveilleuses.

L'antiquité ne nous dit-elle pas que Junon, allaitant Hercule, laissa échapper une goutte de lait qui forma la voie lactée ?

Pour les Hindous, la mer de lait fut le principe de toutes choses et le Christianisme a fait du lait, le symbole de la pureté, puisqu'il servait d'extrême-onction aux moribonds.

Au XV^e siècle, les peintres, tel David, représentent la « Vierge à la soupe au lait ».

Dans l'art chrétien primitif, l'allaitement de la Vierge paraît une chose naturelle et normale. Les seins sont cependant cachés. Au XIV^e siècle, apparaissent des Vierges nourrices en robes à « crevés mammaires ». Ces Vierges, vêtues de vastes manteaux qui les couvrent de la tête aux pieds, portent des échancrures rondes ou ovales, afin de laisser passer les seins de la mère et la tête de l'Enfant Jésus. D'autres échancrures permettent aux mains de la Vierge de tenir son enfant.

Certaines gravures de la même époque représentent le martyre de sainte Agathe qui vivait à Catane au III^e siècle. Pour échapper à la vengeance de Quintien, roi de Sicile, fort sensible à sa beauté célèbre, elle accepta le supplice : ses mamelles furent tordues puis coupées. Ce sujet a été traité par plusieurs artistes ; en particulier par Bernard Luini, qui composa un tableau représentant sainte Agathe portant sur un plateau ses seins coupés.

L'histoire rapporte qu'Anne de Boleyn, femme d'Henri VIII, eut trois seins, puis que Catherine de Médicis aurait été affligée d'une mamelle inguinale. Cette reine prit son mal en riant, dit-on, et ce fut le début de la fameuse mode des robes à la Catherine de Médicis.

La chronique raconte encore, que la Fornarina cache à demi son sein parce qu'elle est atteinte d'un cancer qui aurait guéri à la suite d'un érysipèle....

Au XVII^e siècle, Rubens peignit des seins opulents et classiques que l'on connaît : Joardaëus et Jean Steen figurent même leur effondrement.

Au XVIII^e siècle, en Angleterre, les robes sont très légères, flottantes, montrant les formes du corps féminin. Deux grandes poches sont réservées pour le logement des seins. Une caricature de James Gillray, en 1796, représente « la mère à la mode, ou les commodités du costume moderne ». Elle nous montre une dame de la haute société qui, avant de partir, donne à la hâte, par la fente de ces poches, le sein à son enfant, qu'elle ne tient même pas ! Une servante le lui présente à bras tendus !



Fig. 7. — Le réalisme ne plaît pas au public qui aime en général, en esthétique, l'exceptionnel. Aussi la protestation a-t-elle souillé d'encre la Victoire ailée de l'Arc de Triomphe dédiée aux Morts de la Grande Guerre à Toulouse.

Sur cette même caricature l'auteur fait ressortir la vue d'un tableau, représentant « Le maternal Love », c'est-à-dire une mère donnant maternellement le sein à son enfant.

Temps modernes. — En peinture jusqu'à la fin du siècle dernier, le sein est représenté en place anatomiquement correcte. Il y a cinquante ans, la mode imposait à toute femme, des seins de belle venue, une taille fine, une croupe rebondissante. Un tableau de Manet, (au Louvre) représente en 1906 « la blonde aux seins nus ». C'est une jeune femme, le chapeau sur la tête, dont le corsage dégrafé, découvre des seins particulièrement gonflés.

La « Grande Guerre » masculinise la femme. Aux rotondités jadis appréciées, fait place une silhouette qui se doit d'être mince et droite, avec des cheveux coupés à la garçonne. L'art évolue alors dans le même sens, rappelant les formes atrophiées, idéal de certains artistes de la Renaissance.

Il semble cependant que ces dernières années ont apporté des modifications à cette façon de concevoir les choses. La femme actuelle revient à une conception et à une présentation plus féminine.

De cette étude sur la conception de la poitrine à travers l'histoire, c'est, sans aucun doute, l'évolution et la versatilité de l'esprit des hommes qu'il faut retenir.

La préhistoire fut la plus constante dans la manière de voir, mettant à l'honneur les poitrines énormes, symbole de la fécondité et de la reproduction.

L'histoire grecque et latine mit à l'honneur la poitrine de la jeune fille adulte ou de la jeune femme, tandis que le moyen âge n'a retenu que le symbole de la maternité ou le symbole du vice.

Plus près de nous, le sport fait triompher une conception masculine et provoque, par esprit contraire, la recherche de la *réalité exceptionnelle*, rappelant celle des Vénus grecques.

D'autres esprits se sont attachés, dans la peinture et la sculpture, à une reproduction si fidèle qu'elle représente la *réalité habituelle*...

Mais... l'esprit humain est ainsi fait que le populaire cherche et n'admire que l'exception. Cela explique la protestation de l'opinion publique devant une réalité trop brutale. La « Victoire ailée » de l'Arc de Triomphe du monument aux Morts de Toulouse fut souillée d'encre par protestation. Nous lui opposons la « Nature se découvrant devant la Science ». Reproduite dans la plupart des Facultés de médecine, elle symbolise l'exception sans doute, mais fait l'objet de l'admiration unanime.

CHAPITRE II

La Chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la Jurisprudence

Quelques exemples retentissants ont attiré l'attention des chirurgiens sur les réclamations que pouvaient formuler contre eux, devant la Justice, des opérés insatisfaits.

Aussi, pensons-nous intéressant d'examiner la Chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la Jurisprudence. L'examen et l'étude des différents litiges nous permettront de tirer des conclusions dont la portée, au point de vue social et corporatif, offre une importance de premier ordre.

Au cours de notre exposé, nous ferons appel à certains différends qui, sans avoir un rapport absolument étroit avec la Chirurgie réparatrice, n'en ont pas moins, avec elle, une analogie assez directe, pour que les jugements rendus, à leurs propos, présentent un intérêt indiscutable.



Les discussions entre médecins et patients sont aussi anciennes que la médecine elle-même. Mais l'attention du corps médical ainsi que celle du public a été particulièrement frappée

par une affaire qui mit en présence le Docteur Dujarier et Madame Legueu. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'hyperplasie diffuse des deux jambes et qui suppliait le Docteur Dujarier de l'opérer, l'assurant qu'elle mettrait fin à ses jours s'il refusait. Le Docteur Dujarier la fit entrer dans son service à l'hôpital et l'opéra sur une seule jambe. Une gangrène septique se déclarant, le chirurgien fut obligé de pratiquer l'amputation. La malade l'assigna en paiement de 500.000 francs de dommages et intérêts pour la réparation du préjudice causé. Le jugement (1) suivant fut rendu à Paris le 25 février 1929 ; il eut un retentissement considérable et parut être, aux yeux du public non avisé, la condamnation de la chirurgie réparatrice.

Attendu que la dame Legueu et son mari, pris tant en son nom personnel que pour la validité ont assigné Dujarier en 500.000 francs de dommages intérêts pour la réparation du préjudice qu'ils prétendent leur avoir été occasionné par l'intervention chirurgicale pratiquée le 27 février 1928 sur la dame Legueu et à la suite de laquelle le 23 mars suivant l'amputation de la jambe droite au-dessus du genou doit être effectuée, qu'ils exposent qu'ayant fondé une maison de couture et trouvant ses jambes trop fortes, la dame Legueu demoiselle Geofre alla consulter le Docteur Léopol Levi qui lui dissuada un traitement médical et sur son insistance lui indiqua l'adresse d'un chirurgien le Docteur Dujarier, qu'au dire de la dame Legueu, le Docteur Dujarier non seulement ne lui déconseilla pas l'intervention chirurgicale, mais la lui présenta comme facile, rapide et sans risques, qu'il la décida à subir cette opération immédiatement en la faisant entrer d'office le lendemain même, non dans une clinique, mais dans son propre service à l'Hôpital Beaujon où l'opération eut lieu le 27 février sans avoir été précédée d'aucun examen préalable, que l'opé-

(1) Tribunal Civil de la Seine, 20 février 1929, Dalloz 1931, II page 141. Epouse Legueu et Dr Dujarrier.

ration qui devait porter sur les deux jambes ne fut pratiquée que sur la jambe droite, qu'au lieu de durer quelques minutes, elle se prolongea pendant une heure 1/2 que la brèche ouverte dans le mollet était si large qu'il fut impossible de la fermer par des points de suture et que Dujarier dût garoter fortement la jambe, que la compression excessive ainsi exercée empêchant la circulation du sang, après avoir occasionné des souffrances atroces, entraîna la gangrène, puis la destruction des tissus et mit la vie de la dame Legueu dans un tel état de danger que Dujarier, le 20 mars 1929, déclara que si la jambe n'était pas coupée d'urgence, l'opérée pouvait succomber dans les 48 heures ; qu'il rédigea lui-même un certificat attestant que la demoiselle Geoffre était en danger de mort, et que c'est ce certificat qui permit à Legueu d'épouser à l'Hôpital celle qui n'avait été jusqu'alors que sa fiancée, que l'ablation de la jambe fut pratiquée le 23 mars, qu'elle contraignit la dame Legueu à quitter la direction de sa maison de couture qu'elle fut suivie de soins longs et coûteux, que les époux Legueu sont en droit d'obtenir réparation du préjudice qui leur a été causé ; qu'ils formulent des conclusions subsidiaires aux fins d'expertise pour le cas où le tribunal ne serait pas quant à présent suffisamment éclairé.

Attendu que Dujarier sans contester formellement la matérialité des faits ci-dessus exposés soutient qu'il n'a commis aucune faute ni imprudence qui puisse engager sa responsabilité que par suite la demande des époux Legueux n'est nullement justifiée.

Attendu cependant, qu'il ne conteste pas que l'opération pratiquée ait été entreprise non pour soulager une souffrance ni pour remédier à un état pathologique défectueux, ni même pour corriger une monstruosité physique ou une difformité véritable, mais uniquement, dans le dessein de réaliser l'amin-cissement des jambes de la dame Legueu, c'est-à-dire de corriger une imperfection physique d'ailleurs relative.

Attendu d'autre part que le caractère de gravité des risques

encourus est établi sans qu'il soit besoin de recourir à l'appréciation d'experts, qu'il ne paraît pas sérieusement contesté par Dujarier, qu'on le trouve d'ailleurs formulé dans un document produit simultanément par les époux Legueu et par Dujarier lui-même où il est énoncé sous signature de la doctoresse « Noël » ancien interne des Hôpitaux de Paris « la réduction des grosses jambes est une opération très délicate » et qui exige un repos d'un mois environ pour limiter les risques que comporte une intervention aussi sérieuse.

Attendu, dès lors, quelles que soient la conscience et la haute valeur professionnelle de Dujarier et le désintéressement dont il a fait preuve en ne réclamant pas d'honoraires, que le fait même d'avoir entrepris une opération comportant des risques d'une réelle gravité, sur un membre sain, dans le seul but d'en corriger la ligne et sans que cette intervention soit imposée par une nécessité thérapeutique, ni même qu'elle puisse présenter une utilité quelconque pour la santé de l'opérée, constitue à lui seul une faute de nature à entraîner la responsabilité du Chirurgien que cette faute se déduit de la seule application des principes de droit commun ; abstraction faite de toute considération médicale et sans qu'il soit besoin pour l'établir de recourir aux lumières des hommes de l'art, qu'il importe peu, ce principe de responsabilité étant établi, de rechercher si une faute professionnelle, a ou non été commise par Dujarier, tant au cours de l'opération, que dans les soins qui l'ont suivie, qu'en effet, la circonstance qu'aucune faute de ce genre n'aurait été commise ne ferait pas souligner le caractère dangereux de l'opération chirurgicale en elle-même puisqu'il serait ainsi démontré que l'opération a abouti à l'amputation de la jambe ; après avoir mis l'opérée en danger de mort malgré que toutes les précautions aient été prises et toutes les règles de l'art observées.

Attendu que Dujarier pour échapper à cette responsabilité fait plaider en premier lieu par son défenseur, que si l'opération n'a pas été imposée par une nécessité physique elle l'a été

par une morale, qu'en effet que la demoiselle Geoffre dont la surexcitation était extrême lui aurait dit qu'elle se donnerait la mort s'il refusait de l'opérer.

Mais attendu que si cette circonstance, d'ailleurs déniée par la demanderesse était établie, il en résulterait que celle-ci était dans un état d'exaltation telle, que son libre arbitre, obnubilé par suite du consentement à subir l'opération, n'était ni libre, ni conscient qu'on comprend moins encore que dans ces conditions susceptibles de justifier les soins d'un médecin psychiatre plutôt que ceux d'un chirurgien, Dujarier, au lieu d'ajourner l'opération pour donner à sa cliente le temps nécessaire pour se ressaisir ait décidé d'y procéder immédiatement, alors qu'aucune urgence ne légitimait cette précipitation.

Attendu que la précaution prise par la demanderesse de consulter tout d'abord un médecin et de ne s'adresser à un chirurgien qu'après s'être enquis d'une personne réputée par sa haute compétence, ses titres d'honorabilité et son habileté professionnelle, indique sa préoccupation de s'éclairer et de ne se livrer au scalpel qu'en toute confiance, qu'il est infiniment vraisemblable qu'elle eut reculé s'il lui avait été donné d'entrevoir les conséquences terribles de l'intervention sollicitée ou même si Dujarier lui avait simplement exposé le risque qu'elle pouvait courir.

Attendu que Dujarier allègue encore, par l'organe de son défenseur, qu'il n'a pu réussir à suturer la plaie par suite de la rigidité et du manque d'élasticité de la peau de la dame Legueu, que cette défectuosité constitue une anomalie que rien ne pouvait faire prévoir.

Mais attendu que cette circonstance si elle était établie ne serait pas de nature à atténuer sa responsabilité, qu'en effet, s'il devait, pour ces points de suture demander au derme de l'opérée une solidité et une élasticité de tous les tissus cutanés ne sont pas susceptibles de fournir, il a commis une imprudence en ne s'assurant pas à l'avance que la peau de la demanderesse remplissait les conditions voulues, qu'au surplus

cette circonstance ne paraît pas avoir pris Dujarier au dépourvu qu'en effet la qualité médiocre de la peau est indiquée par le document ci-dessus précité produit par Dujarier lui-même, comme étant fréquente chez les sujets atteints d'envahissement graisseux, à cause de l'origine généralement endocrinienne de cette infirmité, qu'il aurait en tout cas, commis une faute en laissant dépendre la réussite de l'opération de la qualité d'un tissu cutané qu'il n'avait rien fait pour contrôler.

Sur le quantum des dommages-intérêts.

Attendu qu'en outre de la perte de la jambe et des souffrances endurées par la dame Legueu, celle-ci et son mari ont éprouvé un préjudice important dans l'exploitation de leur maison de couture dont la demanderesse n'a pu s'occuper pendant tout le temps où son état de santé a nécessité des soins et qu'elle déclare avoir été dans l'obligation de céder.

Attendu en tous cas que son activité se trouve aujourd'hui considérablement réduite de ce chef, que le tribunal possède les éléments d'appréciation suffisants pour fixer à 200.000 francs la réparation du préjudice causé.

La lecture attentive de ce jugement comporte la condamnation légale de la Chirurgie plastique. C'est ainsi que les Magistrats estiment que seule est nécessaire une opération qui a pour but, soit de « soulager la souffrance, soit de remédier à l'état pathologique défectueux, soit de corriger une monstruosité physique ou une difformité véritable ». Mais ils condamnent toute opération qui a seulement pour but de corriger une imperfection physique.

Malgré sa haute personnalité le Docteur Dujarier n'a été à ce moment-là, défendu par aucun des corps constitués dont la mission sociale est cependant de prendre position dans les cas de principe.

Seule l'initiative individuelle a discuté les faits.

Maître Ribadeau-Dumas dans la « Gazette des Hôpitaux » a fortement discuté ce jugement. Il a fait remarquer qu'il n'y avait pas faute du moment que l'opérée était venue spontanément.

ment et que le Chirurgien avait agi d'une façon notoire dans un sentiment désintéressé et charitable en vue de soulager une souffrance morale évidente.

Le Docteur Rottenstein a mis en valeur la gravité de ce jugement au point de vue social. La crainte d'être poursuivis en cas d'échec est une entrave définitive pour les Chirurgiens dans le cours de leurs recherches scientifiques et de leur perfectionnement technique. Plus que toute autre, la chirurgie plastique exige de l'expérience et de l'habileté, et comme le répète avec insistance le Professeur Ducuing de Toulouse, elle est la conséquence de l'utilisation de connaissances précises : l'anatomie, l'embryologie, la physiologie et la pathologie.

Dans un rapport à l'Association générale des Médecins de France, le Docteur Dartigues a fait appel à ses confrères, les incitant à :

« Protester au nom du corps médical français, contre le jugement qui en frappant très sévèrement le Docteur Dujarier, un Chirurgien très distingué, honneur de notre pays par sa science, son habileté, son honnêteté, qui a agi par pure charité et qui semble ainsi condamner toute une partie de la chirurgie esthétique et plastique, sans connaître ses limites, ses possibilités, ses buts physiques et moraux ;

« demander que la justice interprète la loi d'une façon impartiale, dans le sens des inspirations de la société actuelle, des connaissances et des progrès de la science, qu'elle ne peut dépasser son but et son pouvoir en créant la loi elle-même, en s'opposant au progrès de la chirurgie qui doit être respecté en sa marche et que nulle corporation ne doit y apporter d'entraves, ni de coercitions :

« émet le vœu que l'autorisation écrite d'une intervention concernant une personne majeure ou de représentants légaux ne soit pas considérée comme un chiffon de papier par la justice et ait la valeur d'un contrat licite entre le demandeur de l'intervention et celui qui la pratique suivant les conditions et l'état actuel de la Science ».

Examinons et discutons les faits reprochés au Docteur Dujarier par les Magistrats de première instance.

Ce chirurgien a agi, disent-ils, avec une précipitation regrettable malgré l'exaltation extrême de la malade.

Cependant Mme Legueu était venue consulter le Docteur Dujarier après ample réflexion puisqu'elle était envoyée à lui par le Docteur Léopold Levi qui considérait, dans son cas, la médecine impuissante. Dans la pensée de la malade l'opération était nécessaire pour sa profession, c'est-à-dire pour ses possibilités de vivre et sa difformité physique influençait d'une façon si impérieuse sur son état psychique, qu'elle menaçait de se tuer en cas de refus opératoire. Avant le Docteur Dujarier, un autre médecin compétent, le Docteur Léopold Levi, avait envisagé la possibilité d'une intervention chirurgicale. Considérant justement cette intervention chirurgicale comme thérapeutique au point de vue de sa psychose, le Docteur Dujarier n'a pas hésité à retarder l'opération.

Et s'il avait retardé ou refusé toute intervention, Madame Legueu aurait bien pu mettre son projet à exécution, car de pareilles psychoses ont eu un dénouement fatal. L'entourage de la malade aurait, dans cet autre cas, rendu le Chirurgien responsable d'un pareil suicide.

Il y a une différence d'état mental considérable chez une malade avant ou après une opération. Les Magistrats n'en ont point assez tenu compte. En effet, dans le cas particulier de la Chirurgie plastique rien ne pourrait faire renoncer un sujet obsédé, à l'opération qu'il désire, et Madame Legueu aurait certainement en raison de son état psychique signé tous les consentements opératoires que lui aurait demandés le chirurgien en parfaite connaissance de cause des risques qu'elle courait.

Après l'intervention l'opérée devenue exigeante, considère que plus de perfection aurait dû être atteinte même dans le cas où l'opération satisfait complètement le Chirurgien.

Combien de fois avons-nous fait cette constatation ! C'est pour parer à ces reproches que nous avons établi systématiquement

quement, la documentation photographique préalable. C'est notre meilleure défense.

A plus forte raison si l'opération échoue ou que le chirurgien se trouve en présence d'un cas malheureux entraînant des complications redoutables, ce dernier est exposé au mécontentement et à la cupidité du patient.

Quand le Docteur Dujarier a présenté l'opération comme facile, rapide et sans risques c'est qu'il la prévoyait ainsi. Il n'a point négligé, mais abrégé, un examen pré-opératoire qu'il avait jugé suffisant. Il était autorisé à agir ainsi. En effet, nul médecin spécialiste n'ignore son livre sur *l'anatomie des membres* qui fait autorité et qui est classique. Il a opéré sur une région parfaitement connue de lui, en Maître incontesté de ce genre d'opérations. Pour le Dr Dujarier, dont la compétence scientifique était indiscutable, cette opération se présentait *sans risques prévisibles*.

Comme le dit le Docteur Brisard :

« Entreprendre une opération, c'est lutter contre la nature qui est infiniment complexe et dérobe l'avenir. Le chirurgien ne peut donc tout prévoir parce qu'il ne sait pas tout et parce que l'avenir n'est à personne. En prenant possession de son opéré, il ne peut suspendre la marche du destin, dont il n'est pas le maître absolu. Réciproquement en se confiant au chirurgien, le malade ne saurait avoir la prétention de se décharger sur lui, même une minute, des servitudes et incertitudes de ce monde ».

Jean-Louis Faure y insiste en écrivant : « Il y a une part d'incertitude dans toute opération. Les malades le savent et pourquoi discuterait-on sur une opération si cette part d'incertitude n'existait pas ? »

Les Magistrats qui n'ont pas l'expérience des possibilités de la médecine admettent difficilement l'idée du risque opératoire. Mais avec les progrès techniques de la chirurgie, le risque vital et les complications dangereuses sont devenues exceptionnelles, autorisant ainsi le Chirurgien dans l'intérêt du progrès,

à tenter des opérations nouvelles : le risque imprévisible est de moins en moins courant. Il peut être de trois ordres :

- a) le risque vital,
- b) le risque d'échec curatif,
- c) le risque de complications entraînant une aggravation de l'état antérieur.

Quant au risque prévisible on comprend qu'un chirurgien ayant préparé son opération et l'ayant réalisée dans de bonnes conditions élimine un grand nombre de causes d'échecs, et s'assure en général le succès.

A côté de ces deux sortes de risques, le Chirurgien peut être victime de lui-même, soit qu'il se trompe de bonne foi, soit qu'il ne réunisse pas, ne serait-ce qu'un instant, l'intégrité de ses réflexes et de ses facultés.

Bien différent a été l'arrêt rendu par la Cour du 12 mars 1931, après appel fait par le Docteur Dujarier et intervention du Syndicat des Chirurgiens des Hôpitaux et Hospices civils des Assistances publiques, arrêt conçu comme il suit (1) :

Considérant que le syndicat des chirurgiens des Hôpitaux et Hospices civils de l'Assistance publique est intervenu en cause d'appel et a conclu à la confirmation du jugement en demandant à la cour de dire qu'un chirurgien ne commet aucune faute lorsqu'il opère un client dans les conditions où celui-ci le demande et lorsque l'opération se présente dans des conditions scientifiquement et pratiquement possibles et susceptibles du résultat poursuivi, mais qu'une intervention devant la Cour n'est recevable que de ceux qui auraient le droit de formuler tierce opposition, et que cette règle formulée en termes généraux par l'article 466 du code civil englobe les syndicats professionnels au même titre que les personnes privées; or, considérant que le principe de la liberté de l'exercice de la chirurgie n'est pas en cause dans le litige où se pose simplement la question de savoir, si un chirurgien encourt une responsabi-

(1) Paris 12 mars 1931. — Dalloz 1931, T. 2, p. 141.

lité lorsque dans des circonstances de faits bien déterminés, il pratique une opération qui aboutit à la mutilation de la personne opérée, que l'arrêt à intervenir n'est susceptible de porter aucune atteinte directe aux intérêts collectifs des chirurgiens que l'intervention de leur syndicat est donc irrecevable.

Considérant que la dame Legueu alors demoiselle Geoffre était atteinte d'hyperplasie graisseuse diffuse des membres inférieurs, que cette hyperplasie qui portait sur toute la hauteur de ses membres, était particulièrement accentuée sur la jambe droite, que dans le courant du mois de février 1928, elle avait consulté le Docteur Léopold Levy, spécialiste des maladies ou infirmités d'origine endocrinienne qui la dissuada de suivre un traitement médical et sur sa demande, l'adressa avec un mot de recommandation au Docteur Dujarier, que celui-ci l'examina et la fit sans désespérer entrer à l'hôpital dans son service le 26 février, que le 27 février il pratiqua sur elle une opération qu'il dut limiter à la jambe droite à cause des difficultés qu'il rencontra, que des complications surgirent rapidement, le champ opératoire étant devenu le siège d'une gangrène septique, que l'état de la malade s'aggrava et qu'elle ne dût son salut qu'à l'amputation de la jambe droite, que le Docteur Dujarier pratiqua presque in-extrémis le 28 mars 1928.

Considérant que pour déclarer responsable le Docteur Dujarier du dommage ainsi subi par la dame Legueu, le Tribunal a posé en principe que le fait même d'entreprendre une opération comportant des risques d'une réelle gravité sur un membre sain ; dans le seul but d'en corriger la ligne et sans que cette opération soit imposée par une nécessité thérapeutique ni même qu'elle puisse présenter une utilité quelconque pour la santé de l'opérée constitue à lui seul une faute de nature à entraîner la responsabilité du chirurgien, mais que cette formule instituée, à l'encontre des chirurgiens dans certains cas, une véritable présomption de faute qui ne saurait être admise parce qu'elle est contraire à la loi, que, quelle que soit l'hypo-

thèse envisagée, l'application des articles 1382 et 1383 du Code Civil est toujours subordonnée à la constatation d'une faute qui doit apparaître des circonstances de chaque espèce, que cette règle s'applique à toutes les opérations que pratiquent les chirurgiens, sans qu'il y ait lieu de distinguer le but qu'ils cherchent à atteindre et que leur responsabilité ne peut être consacrée par les Tribunaux que si le demandeur en se fondant sur les faits de la cause établit à leur charge une faute caractérisée et un préjudice qui en découlent directement, et considérant que le Docteur Dujarier a procédé avec une précipitation regrettable à l'opération entreprise sur la jambe de la dame Legueu, que sans même qu'il y ait lieu de rechercher si la nature de cette opération devait imposer un examen approfondi de la peau, qu'il s'agissait d'entailler, on doit retenir que le chirurgien a négligé d'éclairer complètement sa cliente sur le risque grave qu'allait comporter son intervention ; qu'une indication exacte des dangers de l'opération et un consentement donné par l'intéressée en toute connaissance de cause sont absolument nécessaires et doivent être rigoureusement exigés quand l'opération n'a pas pour but de guérir le mal, mais seulement de faire disparaître ou d'atténuer une imperfection physique, que la faute commise par le Docteur Dujarier à ce point de vue spécial est suffisante pour le rendre responsable du dommage qu'il a causé, qu'une expertise serait inutile, considérant que c'est en vain que le Docteur Dujarier se retranche derrière une contrainte morale qu'il aurait subie du fait que la dame Legueu l'aurait menacé de se donner la mort s'il refusait de la débarrasser de l'hyperplasie graisseuse dont étaient atteintes ses jambes, que d'une part, il n'apporte aucun commencement de preuve à l'appui de cette allégation et que d'autre part il est vraisemblable que si sa cliente lui avait paru surexcitée à ce point, il aurait différé l'opération pour dans quelques jours, tout en lui promettant pour la calmer de la pratiquer momentanément. Considérant qu'il n'est que juste de reconnaître que le Docteur Dujarier a fait preuve du plus grand désintéressement en proposant à la Dame Le-

gueu de l'opérer dans son service à l'hôpital et sans toucher d'honoraires, mais qu'en poursuivant un but exclusivement scientifique quand il pratiqua l'opération il n'en a pas moins commis la faute ci-dessus précisée qui demeure entière à sa charge et qui engagea sa responsabilité. Considérant que le montant du dommage a été sainement apprécié par le Tribunal et que l'appel incident formé par la dame Legueu assistée de son mari n'est pas fondé...

Ainsi que nous l'a fait remarquer Maître Nordmann, l'état d'esprit de la Cour n'est plus du tout le même que celui du Tribunal : on ne condamne plus systématiquement la Chirurgie plastique puisqu'on admet « une opération qui n'a pas pour but de guérir le mal, mais seulement de faire disparaître ou d'atténuer une imperfection physique ». Le Docteur Dujarier est toujours responsable du dommage subi, mais on ne l'accuse plus que d'avoir agi avec précipitation et surtout d'avoir négligé d'éclairer complètement la malade sur les dangers de l'opération.

En concluant, la Cour a même rendu hommage au Docteur Dujarier pour le désintéressement qu'il a prouvé en ne réclamant pas d'honoraires et en faisant entrer la malade dans son service à l'hôpital.

Certains médecins ont reproché, avec juste raison, au Docteur Dujarier ce dernier fait. L'hôpital, en effet, est *l'asile des indigents*. Quoiqu'il soit d'usage courant d'y faire admettre des personnes non indigentes, tout médecin doit s'abstenir de pareilles coutumes : *cette manière de faire rend suspecte une intention* risquant d'être interprétée dans un sens intéressé comme moyen facile d'expérimentation.

*
**

Des différends entre malades et médecins, découlent des déductions et des conclusions, dont l'importance dicte au Chirurgien une ligne de conduite qu'une conception sociale doit dominer.

Quelles sont les conditions qui légitiment une opération chirurgicale ?

Dans son très remarquable ouvrage, le Docteur HIRTZ, (de Bordeaux) indique que trois conditions fondamentales doivent être respectées :

1° *le chirurgien doit avoir obtenu le consentement du malade ou de sa famille.*

2° *L'opération doit avoir un but curatif, elle doit être exigée par une nécessité thérapeutique.*

3° *L'opération ne doit pas aller à l'encontre de l'ordre public et des bonnes mœurs c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être d'expérience pure.*

Interprétons ces données et appliquons-les à la chirurgie réparatrice.

1° *Le Chirurgien doit avoir le consentement du malade ou à son défaut celui de sa famille.*

Le bon sens dispense le médecin de tout consentement dans les cas d'urgence ; la loi aussi. Il s'agit de sauver quelqu'un et d'éviter qu'un retard puisse entraîner une conséquence fatale. C'est pour cela que dans l'opinion publique et dans le corps médical en particulier, on s'explique mal la retenue, dans la décision opératoire qui a eu lieu après les attentats récents, envers certains hommes politiques. *Dans la pratique le risque immédiat et fatal crée l'urgence.*

En dehors de ces cas, il est du devoir du Chirurgien d'expliquer l'opération qu'il va tenter. S'il ne peut le faire auprès du malade lui-même, il doit donner à sa famille le plus d'éclaircissements possibles, tout en sauvegardant le secret professionnel.

Il est en effet impossible, parfois, d'expliquer au malade l'intervention, il est même des cas où il faut oser lui mentir. « Le mensonge qui leurre le cancéreux en lui faisant entrevoir après l'opération une guérison complète alors qu'il ne s'agit

souvent que d'un soulagement momentané est un mensonge humanitaire ». (Dr R. MASSART). Mais il faut se garder de faire de vaines promesses.

Cette question du consentement en Chirurgie plastique est déjà légitimée, sans doute, par la demande spontanée des personnes qui viennent consulter un chirurgien plastique en vue d'une opération ; cette spontanéité est déjà une acceptation, mais elle n'est pas suffisante : il faut l'*explication*.

L'acceptation, le consentement à l'opération est provoqué par le désir d'échapper soit à un sentiment d'infériorité soit à une obsession. Sans doute il existe parfois des cas de manies opératoires : c'est dans ces cas seuls que le Chirurgien plastique doit se refuser à des opérations superflues, mais surtout se doubler d'un psychiatre en recourant à des traitements psychothérapiques.

Il découle de tout ce qui précède, que le chirurgien doit par mesure de précaution faire signer, avant une opération esthétique, à son malade un contrat constatant que le consentement de ce dernier est complètement éclairé. Le Docteur Dartigues dans une étude parue dans la « *Vie Médicale* » insiste sur l'intérêt de ce papier contradictoire qui met le malade au courant de tout aléa et de l'imprévisible. Le Chirurgien ne peut répondre de tout, comme s'il était une divinité ayant la certitude de l'éternelle puissance.

Le Docteur Claoué, dans sa clinique, fait signer à ses opérés la lettre suivante : « Dans l'entretien que vous m'avez accordé vous m'avez bien prévenu, et cela pour mettre à couvert votre responsabilité, que des risques divers opératoires et post-opératoires, quoique rares sont toujours possibles comme dans toutes les opérations même les plus légères. Et qu'aussi les résultats esthétiques obtenus peuvent ne pas être toujours aussi satisfaisants qu'on l'eut désiré et que l'on ne peut rien garantir. »

Cependant, pour rendre ce consentement moins brutal le Docteur Claoué a remplacé cette lettre par une *feuille de conditions opératoires* que l'on fait signer dans sa clinique et dont voici la reproduction ci-après :

D^r C. CLAOUÉ

CONDITIONS OPÉRATOIRES

Voici le montant approximatif des frais à prévoir pour l'opération que vous me demandez :

Examen médical général .....	.....
Hospitalisation en maison de santé et durée du séjour (sauf complications) .....	.....
Frais de salle d'opération .....	.....
Frais de pansements normaux (sauf complications) .....	.....
Médicaments autres que ceux nécessaires pour l'opération et les pansements .....	.....
Frais d'assistance et d'anesthésie .....	.....
Garde de nuit .....	.....
Honoraires chirurgicaux .....	.....
Retouches .....	.....
D'OU PRIX GLOBAL APPROXIMATIF .....	.....

(Ce prix peut être considéré comme forfaitaire, sauf complications.)

Remarque très importante. — Le docteur Claoué, pour mettre à couvert sa responsabilité, insiste sur le fait que dans l'état actuel de la science, des risques divers opératoires et post-opératoires quoique rares, sont toujours possibles, comme dans toutes les opérations même les plus légères, et qu'aussi les résultats esthétiques obtenus peuvent ne pas être aussi satisfaisants qu'on l'eut désiré. On ne peut donc rien garantir en chirurgie. Le docteur Claoué ne peut donner à ses opérés que sa compétence et ses soins dévoués. Ils doivent accepter les résultats tels qu'ils seront. En raison des résultats acquis et publiés par le docteur Claoué, les opérés ont les plus grandes chances d'avoir à se féliciter de la décision prise.

Signature de l'opérée.

L'expérience a montré l'excellence du procédé ; après sept ans de pratique de chirurgie réparatrice, deux personnes seulement ont refusé de signer, prouvant qu'au fond elles n'étaient pas consentantes à l'opération.

Un conseil pratique de prudence a été donné à l'un des derniers Congrès de médecine légale, au cours d'un rapport de MM. Donnedieu de Vabres, Duvoir et Dessoules ; en prévision d'un procès, il faut faire contracter au malade, par la maison de santé, une assurance couvrant les risques et les insuccès.

2° *L'opération doit avoir un but curatif* : le rôle de la médecine et de la chirurgie est de guérir, c'est-à-dire d'arracher l'individu à une causalité qui nuit à son équilibre normal donc à sa santé. Si la nécessité thérapeutique est certaine pour qui que ce soit, dans d'autres cas cette évidence n'apparaît qu'à ceux qui ont en main tous les éléments de la cause et parfois trop souvent même, ne s'impose qu'au sujet lui-même.

Une opération, comme dit Sebileau peut paraître inutile à l'un mais peut être, pour un autre, de la plus grande utilité ; « chaque individu a seul qualité pour apprécier ce qui lui convient ou non ».

En chirurgie réparatrice, il est courant de voir un individu rapporter tous les malheurs de sa vie à une difformité physique : la forme de son nez ou l'hyperthrophie de la poitrine, par exemple, de telle sorte que le guérir de cette difformité c'est le débarrasser de cette obsession. Voici des cas où le chirurgien plastique doit faire appel à une psychologie délicate, car sous la demande de correction de difformités qui étonnent le profane par leur légèreté, se cache un complexe de sentiments d'infériorité, constituant un défaut de caractère, nous voulons dire, une timidité préjudiciable à la vie sociale de cet individu.

Pour illustrer ce fait nous allons relater un différend particulièrement curieux qui s'est élevé quatre années avant la guerre entre le Docteur Villar et le Sieur Herran, au sujet d'une ectopie testiculaire.

Le Docteur Villar ne trouvant pas le testicule dans le canal inguinal comme il le pensait n'avait pas hésité à introduire dans les bourses de l'opéré des testicules postiches. Voici l'arrêt qui fut rendu à Bordeaux à cette occasion : (1).

Attendu qu'il est de Jurisprudence certaine que les médecins et les chirurgiens ne sont responsables des conséquences des soins qu'ils donnent à leurs malades ou des opérations qu'ils leur font, qu'autant qu'ils se sont rendus coupables, en dehors de toute question technique, de négligence, d'imprudence caractérisée ou d'une faute lourde, résultant de faits palpables et évidents constituant par eux-mêmes l'oubli des règles générales de bon sens et de prudence qui s'imposent et qui sont hors de discussion :

Attendu que, des circonstances de la cause et des documents produits, ne résultent pas à la charge de Monsieur le Docteur Villar, des faits de cette nature, ni une négligence, ni une imprudence coupable, qu'il en ressort même que ce chirurgien a fait preuve de prudence en renonçant à aller chercher dans l'abdomen de l'appelant les testicules qu'il n'avait pas trouvés en haut du canal inguinal, comme il l'avait espéré ; que cette grave opération ne lui a pas paru, avec raison, en rapport avec le but à atteindre, qui était de donner à Herran simplement les apparences de la virilité, puisque celui-ci a déclaré qu'avant l'opération, il avait pu avoir des relations sexuelles normales ;

Attendu que, si le Docteur Villar, renonçant à l'opération qui lui avait été demandée, a cru devoir, comme sa conscience et son expérience le lui commandaient dans le but de laisser croire à Herran que l'opération avait réussi et afin de guérir son client de la neurasthénie dont il était atteint, introduire dans les bourses de celui-ci des testicules postiches, dont l'emploi est d'ailleurs constant en Chirurgie, il n'est pas possible de dire qu'il a commis une négligence ou une imprudence ou une faute lourde, engageant sa responsabilité, d'autant que si,

(1) Bordeaux, 13 juin 1910. Le Droit 26 novembre 1910, Herran contre Villar.

par suite d'une indiscretion, Herran n'avait pas été mis au courant de ce fait et n'avait pas exigé du Docteur Villar qu'il retire de ses bourses les testicules postiches, rien ne démontre que le but poursuivi par l'intimé n'eut pas été réalisé et la guérison obtenue...

D'après cet arrêt, si favorable pour le Docteur Villar, on comprend combien les conséquences psychiques pouvant entraîner une crise de neurasthénie mettent le médecin dans l'obligation de suivre une ligne de conduite qui n'a pu qu'être approuvée par la jurisprudence.

Moins heureux fut le cas qui mit aux prises le Docteur Delherm avec Mademoiselle Lalou qui était affligée d'une barbe au menton. Le traitement radiothérapique avait provoqué secondairement une radio-dermite (1).

Considérant... qu'il était constant et reconnu que la radiothérapie peut avoir des conséquences graves, et pour les malades et pour les opérateurs ; que certains opérateurs sont morts victimes de leur dévouement à la science, et qu'encre actuellement, on ne peut prévoir quelles peuvent être les conséquences d'une radiodermite du second degré, et cela, malgré les précautions les plus minutieuses et l'habileté du médecin traitant ; que les médecins les plus autorisés en proclament les dangers ; — Considérant, dès lors, que si, malgré cet inconvénient redoutable, le médecin ne doit pas hésiter à appliquer ce traitement lorsque la santé du malade l'exige, et si on ne peut le rendre responsable d'accidents qu'il pouvait prévoir, mais qu'il a tout fait pour prévenir, il n'en est pas de même lorsque, comme dans l'espèce, le médecin se trouve en présence, non pas d'un mal à guérir, mais d'une simple imperfection physique à faire disparaître ou à dissimuler ; que, dans ce cas, ni l'intérêt de la science, ni l'intérêt du malade n'exigent que, pour un si minime résultat, on risque, sinon de le faire mourir, tout au

(1) Paris, 22 janvier 1913. Dalloz, 1919 — 2,13 — Docteur Delherm contre Lalou.

moins de changer son imperfection en un mal véritable ou de l'aggraver ; — Considérant que la demoiselle Lalou n'avait qu'un peu de barbe au menton ; que sans doute sa coquetterie en souffrait, mais que le Docteur Deltherm n'allègue même pas qu'il y eut, chez cette jeune fille, une obsession quasi-maladive, et qui, jusqu'à un certain point, aurait pu justifier son intervention ; — Considérant, dans ces conditions, que connaissant mieux que personne les dangers possibles du traitement, son insuccès possible, il avait le devoir de refuser son concours, et qu'il n'établit même pas qu'il ait prévenu cette jeune fille qu'elle pouvait courir un danger ; — Considérant que sa faute est manifeste ; que le préjudice causé et souffert par la demoiselle Lalou n'en est pas moins certain, mais qu'il ne faut pas s'en exagérer l'importance, puisqu'en définitive sa santé n'en est pas altérée ; que, très probablement, elle ne le sera jamais du fait du traitement ; que les conséquences actuelles se réduisent à des lésions de la peau du menton, qui, sans doute, sont indélébiles, mais qui, au dire de tous les experts, sont susceptibles d'amélioration et moins disgracieuses, à leurs yeux, que les poils nombreux et très développés qu'elle portait au menton avant le traitement ; — Considérant que la Cour, tenant compte de toutes les circonstances de la cause, de l'honorabilité indiscutable du docteur Deltherm et de son entière bonne foi, a les éléments nécessaires pour fixer à 500 francs l'indemnité due à l'appelante ;

A la suite de cet arrêt, M. Denisse a fait remarquer qu'un traitement dangereux peut être employé par n'importe quel médecin, si la gravité de la maladie le justifie. Dans le cas contraire, le médecin, en cas de complications, peut être condamné, même s'il possède le consentement du malade ou de sa famille. Mais l'absence de consentement aggrave encore la responsabilité professionnelle.

Sachons distinguer à ce propos deux sortes de circonstances : l'innovation d'une part et l'impéritie d'autre part.

L'impéritie consiste dans l'inhabileté de l'exécution d'un procédé ou dans le mauvais choix des règles du métier. Il n'est nullement question, à l'époque actuelle, de considérer le traitement radiothérapique comme une innovation pour un cas semblable. L'impéritie ne peut plus être envisagée en radiothérapie, la prudence dans ce domaine et la connaissance complète des spécialités mettant à couvert de toutes complications.

Faudrait-il rejeter ce traitement parce qu'il existe des cas malheureux ? Non ! car la barbe féminine peut avoir, comme dans nos précédents exemples, des conséquences graves au point de vue psychique et prendre une place telle dans l'état mental de l'individu que le débarrasser de cette infirmité est un devoir absolu malgré les risques possibles.

Il est évident que si le chirurgien fait une opération dont le résultat n'est pas celui qui correspond au désir du sujet, le but curatif n'est pas atteint. Mais dans le cas contraire, l'opération plastique guérit la psychose. Elle aura été tout aussi curative que d'autres, que l'on n'hésite pas à pratiquer : telles les opérations de pieds bots, de luxations congénitales, de bees de lièvre, d'angiomes, de syndactilie.

Les magistrats appellent ces dernières opérations « *facultatIVES* », ils les opposent aux opérations « *curatives d'urgence* », telles qu'une perforation appendiculaire, une occlusion intestinale, une grossesse tubaire rompue. Mais ils ne font pas suffisamment ressortir le caractère curatif de ces opérations facultatives qu'ils confondent avec des opérations n'ayant qu'un but : *l'exploitation de la coquetterie*. C'est pour cela qu'il ne faut pas présenter la chirurgie réparatrice sous un jour souriant, mais la faire entrer dans le cadre de la chirurgie normale.

En effet, comme y insiste le Docteur Hirtz :

« Toute la chirurgie n'est-elle pas plastique, n'est-elle pas l'art plastique par excellence dont le but est de redresser les erreurs ou de réparer les accidents de la nature ? Il n'y a pas une chirurgie de complaisance et une chirurgie de nécessité.

Il est des difformités physiques parfaitement compatibles avec la vie au sens physiologique du mot et qui, moralement, peuvent avoir des conséquences graves. C'est le rôle du médecin et celui du chirurgien d'empêcher ou d'atténuer toute souffrance physique ou morale. Venir à bout d'une souffrance morale, c'est aussi remplir un but curatif, et il importe de remarquer combien, dans ces cas de petites difformités physiques à conséquences psychiques souvent désastreuses, il est injuste de faire grief au chirurgien de tenter la guérison des malades lorsqu'on sait que, dans ces éventualités, c'est le malade qui vient spontanément chez le chirurgien qu'il n'y a donc pas lieu d'accuser ce dernier d'avoir imposé d'une façon ou d'une autre son opinion aux patients. »

La chirurgie esthétique *doit être une spécialité chirurgicale bien distincte*. Pour être un parfait chirurgien esthétique et plastique, il faut un grand entraînement, acquis à force de travail et de pratique : « Rien n'est plus redoutable qu'un amateur qui juge ou condamne en s'appuyant sur quelques cas isolés. Partout maintenant on parle de chirurgie esthétique; « on en parle trop », répètent ceux-mêmes qui, autrefois, disaient « on n'en parlera pas longtemps ». (Raymond PASSOT.)

3° *La chirurgie ne doit pas aller à l'encontre de l'ordre public et des bonnes mœurs.*

Le simple bon sens fait comprendre l'immoralité du chirurgien, qui tente une expérience chirurgicale à la légère, c'est-à-dire sans préparation minutieuse du cas à résoudre.

Au cours de nos recherches, nous avons trouvé le cas d'un médecin qui se livra sur une vieille femme, après consentement écrit de celle-ci, à des expériences de chirurgie esthétique. La patiente était guidée uniquement par un besoin d'argent, non par un intérêt physique ou moral. Elle intenta un

procès au chirurgien dont le jugement fut rendu le 27 juin 1913 (1).

... Attendu qu'à la date du 17 juillet 1908, intervenait entre le sieur R... et le D^r P... un contrat par lequel R... autorisait ce dernier à pratiquer sur sa femme « les traitements chirurgicaux utiles pour l'amélioration de sa situation » et consentait aussi aux déplacements qu'elle devrait ensuite faire « pour aller montrer le résultat de son traitement » ; — Qu'aux termes de cet engagement, R... recevait ce même jour une somme de 100 francs du D^r P..., avec promesse d'une autre somme de 200 francs qui devait être ultérieurement payée ; — Attendu que le traitement auquel la dame R... allait être ainsi soumise n'avait aucun rapport avec l'amélioration de sa santé, qu'il s'agissait uniquement d'expérimenter sur elle la méthode exposée dans la brochure anonyme publiée par les soins du D^r P... sous le titre de « Chirurgie esthétique » tendant à effacer les rides du visage et du cou et plus spécialement à dissimuler l'abaissement ou l'allongement des seins ; que le D^r P... explique, dans cet opuscule, que le mamelon, lorsqu'il occupe la pointe inférieure d'un sein pendant, se trouve ainsi abaisse de 7 à 8 centimètres ; que son procédé consiste à le relever de cette même étendue, en enlevant ensuite la peau excédente à la partie inférieure du globe reconstitué, afin de « redonner au sein la forme globale de la jeunesse » ; — Attendu que la dame R... était ainsi destinée à la démonstration sur le vif de la méthode préconisée par le D^r P..., le côté droit de son corps devant seul être opéré afin de permettre les comparaisons et les constatations des résultats ; que la dame R... a subi à la clinique du D^r P... les diverses opérations nécessaires à cet effet ; et a été conduite à Paris ensuite pour être soumise, lors du Congrès chirurgical de 1908, à l'examen des Professionnels et à la curiosité du public ; — Attendu que l'on doit considérer comme illicite et contraire aux bonnes

(1) Lyon, 27 juin 1913. Dalloz 1914, 73 — R... et Dr P...

mœurs une convention qui uniquement avait pour objet ces pratiques de vivisection sur une femme âgée et besogneuse ; qu'une telle convention ne pourrait être admise comme compatible avec la dignité humaine, alors que, par l'appât d'un gain des plus minimes, l'appelante se déterminait à trafiquer de son corps et à le faire servir à des expériences inutiles pour elle, sinon dangereuses, qui n'étaient entreprises qu'en vue des profits que leur auteur escomptait. — Attendu, sur les préjudices, que les médecins experts ont émis des doutes sur la réalité des désordres et des souffrances accusés par la dame R..., à la suite des multiples opérations et des cinq anesthésies générales pratiquées sur elle... mais qu'il y a lieu d'envisager un autre élément de préjudice et qu'il résulte des constatations auxquelles la Cour a pu elle-même procéder, d'après les photographies dont la fidélité n'a point été contestée, que les opérations réalisées par P... sur le sein droit de la dame R..., loin de lui donner « la forme globale de la jeunesse », n'ont abouti qu'à un pitoyable truchement, et que, pour arriver à remonter le mamelon au sommet d'un organe fléchissant sans appel, le praticien n'a fait qu'ajouter aux flétrissures de l'âge des cicatrices et des gaufrures d'un répugnant effet ; — Attendu que si, dans l'humble condition de sa vie, la femme R... trouvait de plus graves soucis que les seules préoccupations d'ordre esthétique auxquelles répond le D^r P... par la séduisante promesse « d'une poitrine triomphante sous l'éclat des lumières », rien cependant ne saurait justifier cette aggravation inutile des déchéances laissées par l'âge et d'autres souffrances antérieurement subies ; que, de ce chef tout au moins, il a été causé à l'appelante un préjudice et que la Cour trouve dans les circonstances et documents de la cause des éléments d'appréciation qui lui permettent de l'évaluer à la somme de 500 francs ;

Il ressort de ce jugement que lorsque une opération a été jugée contraire aux bonnes mœurs, le consentement préalable n'exonère pas autrui des dommages qu'il peut vous causer.

Il ne faut pas pour cela condamner l'expérimentation en

chirurgie et en médecine : elle est nécessaire ; *elle est même un devoir quand tous les moyens normaux ont été épuisés*. Pasteur n'a-t-il pas expérimenté dans des conditions historiques le sérum antirabbique ? Vient-il à l'esprit de quelqu'un de lui en faire un grief ?

Ce chirurgien qui opéra son cocher de l'hypertrophie de la prostate inventa du même coup une opération qui est aujourd'hui de pratique habituelle !

L'expérimentation en médecine est un devoir dans l'intérêt même du malade, mais sous la réserve de la *nécessité thérapeutique*. L'expérimentation faite sur un sujet dont l'état physique est normal ne peut être pratiquée que par ceux qui s'imposent par l'autorité de leurs travaux scientifiques. C'est pourquoi nous avons insisté plus haut pour que la chirurgie esthétique soit pratiquée par des spécialistes.

On a accusé cette chirurgie d'être un moyen trop commercial. Or, tout chirurgien esthétique doit être, au contraire, plus désintéressé que tout autre, on ne lui pardonne l'insuccès qu'à cette seule condition ; et plus que tout autre, il est exposé à l'ingratitude et à la cupidité de ses opérés.

Il ne faut pas oublier que les médecins ont un rôle social très important. Cette profession dans la société actuelle est une profession libérale : profession par nécessité, car les médecins sont obligés d'assurer leur existence et celle de leur famille ; mais profession libérale certes, parce qu'ils ne doivent, en aucun cas, avoir la conception commerciale de leur activité.

*
**

A côté de ces conclusions, justifications d'une opération plastique, il y en a d'autres d'une portée beaucoup plus générale, car elles intéressent la moralité.

La conception commerciale de l'exercice de la médecine doit être bannie. Quand il s'agit de la santé, il est absolument immoral d'avoir le lucre présent à l'esprit. La question est

particulièrement grave dans la société actuelle. Elle entraîne, soit par besoin, soit par cupidité, l'utilisation de moyens condamnables.

Aujourd'hui, la *publicité médicale* n'est plus comme jadis le résultat de la *simple information* et la conséquence de la *personnalité* d'un auteur de travaux scientifiques. Elle acquiert une gravité et constitue un danger social quand elle est utilisée sous la forme rédactionnelle par des hommes *insuffisants quant au savoir*. Cette publicité devient alors de l'escroquerie à la santé publique.

Bien plus, cette conception commerciale a amené la création de cliniques où le malade ne se confie plus à une personnalité, mais à un médecin anonyme et l'appât du gain conclut normalement au *charlatanisme*, c'est-à-dire à la promesse de guérir quand on sait pertinemment qu'il est impossible de tenir pareille promesse. On sait combien la chirurgie esthétique peut facilement y porter.

Bien plus, les travaux scientifiques n'apportant plus à leurs auteurs les conséquences et les avantages que l'esprit désintéressé peut en attendre, ne devient-il pas naturel de donner raison et crédit aux techniques chirurgicales et aux remèdes médicaux secrets ?

Pourquoi un savant ferait-il connaître le résultat de ses recherches ? N'a-t-il pas intérêt à les monnayer ? Qu'importe l'intérêt public puisque justement le profit privé est seul pris en considération, tant par les *individus* que par les *Administrations de l'Etat lui-même*.

Si Pasteur l'avait voulu, le corps médical aurait pu ignorer le secret de ses vaccins...

Le secret du forceps dont les services ont sauvé tant de vies humaines fut gardé par une famille pendant deux siècles !

On devine toute l'importance sociale de cette question.

Mais une des dernières formes de la conception commerciale, c'est la *pratique dichotomique* ou partage d'honoraires à l'insu du malade.

Quelle confiance peut-on avoir en un médecin commerçant ? Peut-il indiquer aux malades le nom de celui qu'il croira, librement, le spécialiste de son cas ? N'a-t-il pas intérêt à faire durer inutilement une maladie ? Comment concevoir juridiquement la responsabilité d'un chirurgien s'il fait une opération comportant des ristournes d'honoraires ? L'utilité de l'acte chirurgical ne peut-il pas devenir contestable et suspect même s'il y a urgence ?

*
**

Ainsi l'opinion publique, qui généralise, a-t-elle tendance à englober dans un discrédit toute la médecine et ses institutions. La chirurgie réparatrice, spécialité naissante, est l'une des victimes de l'amoralité comme de l'incompétence qui sévissent. Des mesures s'imposent qui ne s'inspirent pas de l'esprit de cumul, de caste et de personne. Elles ne redonneront *confiance* au public, et au corps médical le *crédit*, que si les travaux scientifiques prouvent la justification de son existence.

DEUXIÈME PARTIE

Le problème à résoudre

Indications opératoires

CHAPITRE PREMIER

Indications et conditions opératoires

Les faits qui conditionnent la décision opératoire sont d'une importance essentielle. L'acte chirurgical n'est-il pas suivi de conséquences plus ou moins favorables, selon que l'on a bien étudié et pesé les données du problème à résoudre ?

Quelle est la femme qui peut prétendre à l'impossibilité de vivre, parce que sa poitrine est hypertrophique ou tombante ? Et cependant, que conseiller à ceux qui demandent une intervention opératoire ? Soyons donc circonspects, car l'esthétique est chose relative selon les individus, comme nous l'avons vu dans l'un des précédents chapitres.

*
**

On peut distinguer trois groupes de facteurs qui conditionnent et indiquent l'opération :

- 1° Les indications liées à la vie sociale actuelle.
- 2° Les indications liées à l'état physique et pathologique de la glande mammaire.
- 3° Les indications liées à l'état psychique de l'individu.

1° *Les indications liées à la vie sociale actuelle..*

Depuis que la femme joue un rôle social professionnel, n'est-il pas normal et logique, que sa tenue physique souvent libre dans son intérieur ou dans un célibat résigné, acquierre une importance très grande en dehors du foyer ? Il ne s'agit plus ici de coquetterie ; il est nécessaire de posséder des armes suffisantes pour lutter et gagner sa vie, bien souvent aussi, pour l'assurer à sa famille.

Les difformités mammaires peuvent nuire à l'aspect physique de cette modeste vendeuse ou de cette artiste par exemple ; pardonnées très souvent aux favorisées de la fortune, elles ne le sont plus aussi facilement aux déshéritées. Il suffit de prendre l'avis des mannequins, des couturières, des danseuses, pour savoir combien ainsi elles peuvent être enrayées dans leur profession. Elles sont obligées de répondre physiquement aux soucis de l'époque et de la mode. Comme nous le disions dans un travail précédent : « La chirurgie esthétique est donc bien souvent une chirurgie professionnelle. Ceux qui se destinent aux carrières où la prestance physique joue un rôle important (avocats, diplomates ou médecins), ont trouvé en elle un secours souvent précieux et parfois décisif. Il n'est pas rare de constater que certains s'imposent au public, non par le savoir, mais uniquement par un port altier, une heureuse prestance, le goût de la toilette, la composition des décisions et des ordonnances. L'homme juge d'une façon si erronée ses semblables, que le prestige physique est dans la pratique, aussi capital que le talent et l'étendue des connaissances. »

En somme, les conditions sociales de notre époque, tendent à faire admettre la chirurgie esthétique en général et la chirurgie mammaire en particulier, comme faisant partie du *conformisme séculier*. Tout individu en raison de ses relations sociales prépondérantes, base de sa profession, ou pour des raisons sentimentales ou même simplement de bon goût, se trouve obligé d'améliorer le plus possible son aspect physique.

2° *Indications liées à l'état physique et pathologique de la glande mammaire.*

A côté de ces raisons de convenance, de très importantes raisons médicales corroborent à l'établissement des indications opératoires.

La ptose plus ou moins accusée et le poids des seins, apportent une gêne évidente : en effet, au cours des opérations, il n'est pas rare d'enlever de 500 à 1.500 grammes de poitrine et exceptionnellement plus.

On comprend donc que pareille hypertrophie entraîne des déformations du thorax et de la colonne vertébrale : ce sont les cyphoses et scolioses de compensation, d'où relâchement abdominal, troubles cardiaques, pulmonaires, stomacaux et intestinaux.

À côté de ces troubles généraux, on constate des troubles et des désordres locaux. Il est courant de trouver des noyaux de mammite, peut-être dus aux choes répétés sur une poitrine volumineuse et en mauvais état de défense. Dans le sillon sous-mammaire, des lésions d'intertrigo sont la source de crises douloureuses.

Nous ne saurions trop conseiller la méthode de la transillumination du sein : elle apporte des éléments, sur lesquels Max Cutler a insisté en 1919. On utilise une source lumineuse de dimensions réduites munie d'un rhéostat qui permet de modifier l'intensité. Cet examen se fait en chambre noire.

Quand le sein est normal, la graisse paraît absolument translucide ; le tissu fibreux est plus sombre, et le tissu épithélial ainsi que les vaisseaux, sont franchement opaques. Avant et après les règles, l'opacité est augmentée par la congestion des canaux et l'hypertrophie des acinis.

Quand le sein est pathologique, les tumeurs malignes paraissent opaques et les tumeurs kystiques translucides : l'hématome est d'un noir intense.

L'examen histologique, comme y insistent justement le Docteur PASSOT et le Docteur MONTANT, montre d'une façon constante des lésions kystiques et des noyaux de mastite chronique. Ces dernières sont traitées par la résection glandulaire, qui entraîne en outre, un meilleur fonctionnement ovarien.

L'intervention opératoire, en chirurgie esthétique mammaire, a pu rendre ainsi de réels services. À ce sujet, en 1930, à l'occasion d'une opération, l'examen antérieur n'ayant rien apporté d'anormal, le Docteur CLAUÉ rencontrant un noyau suspect, le fit examiner dans le laboratoire du Docteur PÉCHAUD. La réponse conclut à l'existence d'un cancer spino-cellulaire à son début, d'où obligation de l'amputation large du sein, qui fut faite par le Docteur LACOUTURE.

Sans multiplier les exemples, on ne saurait trop insister sur l'intérêt que présente cette intervention, en tant qu'opération préventive du cancer du sein. Le fait d'enlever la plus grande partie de la glande diminue dans une proportion égale l'étendue du risque.

3° Indications liées à l'état psychique.

A côté de ces indications de pathologie l'opportunité de l'examen mental des personnes qui demandent ce genre d'opération est absolument justifié.

La disgrâce mammaire nuit d'une façon évidente à certaines jeunes filles, qui y voient un obstacle au mariage. Il peut en résulter un état d'obsession qui, en s'aggravant, n'a pour dénouement que le suicide. Ces raisons sentimentales se rencontrent encore chez certaines mères de famille qui rapportent leurs malheurs conjugaux à la malformation de leurs poitrines. Le nombre considérable d'observations que nous avons pu faire à ce sujet nous permet d'affirmer l'importance de ce facteur psychique.

L'imperfection physique peut être plus ou moins valable. Beaucoup de névrosées, souffrant d'un sentiment d'infériorité, dont le point de départ se perd dans l'oubli et le refoulement, cristallisent ce sentiment autour d'une imperfection physique. Il en résulte dès lors une obsession d'intensité variable. Il est toutefois très important de savoir, que dans les cas très graves, la disparition de l'infirmité ou de l'imperfection physique ne guérit pas l'obsession. Elle déplace simplement la cristallisation psychique; elle substitue une nouvelle obsession à l'ancienne. Voici quelques observations particulièrement démonstratives que Monsieur le Professeur PERRENS a bien voulu nous communiquer :

Jeanne C... est une jeune fille de 25 ans qui vint nous demander conseil dans le courant de l'année 1934 au sujet d'une « malformation physique » dont elle s'était aperçue depuis deux mois. Comme nous n'avions aucune qualité particulière pour trancher la question qu'elle nous soumettait, il nous fut facile de deviner que si elle était venue consulter un psychiatre c'est que ses parents, dûment avertis, l'avaient fort justement invitée à le faire.

Jeanne C... vit depuis deux mois dans une crise atroce. Un matin, au cours de sa toilette, alors que pour la première fois de

sa vie affirma-t-elle, elle se regardait dans une double glace, elle s'aperçut que son nez, tout à fait normal lorsqu'elle le regardait de face, était vu de profil beaucoup trop proéminent. A cette constatation elle eut d'emblée l'impression d'un immense malheur. Dès lors elle se laissa obséder par l'idée de sa laideur par toutes sortes de récriminations portant sur les ennuis que la vie lui dispensait à cause de sa laideur même. Est-il utile de dire que désireuse de se marier elle s'imagina de bonne foi qu'il lui serait impossible d'être aimée, que les jeunes gens s'éloigneraient d'elle; qu'ils la regarderaient d'ailleurs, avec un air de moquerie ou de pitié, enfin que son vœu le plus cher ne se réaliserait jamais... D'ordinaire très triste Jeanne C... avait plusieurs fois des crises d'angoisse, elle croyait pouvoir s'endormir, le souvenir de sa difformité l'en empêchait soudain et elle passait dans l'angoisse une partie de ses nuits.

En vérité cette jeune malade n'avait aucune raison plausible de s'affliger. Son nez pas plus de profil que de face, n'attirait le regard. Mais toutes les assurances qu'on lui donnait provoquaient la même réponse : « Vous voulez me tranquilliser ! Vous n'y arriverez pas. Il n'y a qu'un moyen, me donner l'adresse d'un chirurgien esthétique.

Si mon nez n'est pas chirurgicalement modifié, si on ne lui donne pas une forme moins disgracieuse, je sens très bien que ma vie est gâtée ».

Jeanne C... est au demeurant une grande jeune fille, bien faite, musclée, mais dont la pâleur frappe tout de suite. Elle est depuis quelques mois et antérieurement à la découverte qu'elle crut faire asthénique, plus fatiguée le matin que le soir, incapable d'exécuter un travail suivi, exigeant de l'attention, incapable de faire à travers la campagne les longues courses auxquelles elle se plaisait autrefois.

Elle a des troubles digestifs légers, des palpitations fréquentes. Elle signale dans ses antécédents une pleurite sèche qui l'incommoda de temps en temps.

Jeanne C... est à coup sûr une psychasthénique. Son obsession présente, survenue au cours d'une crise de dépression légère est loin d'être la première en date. Avant sa puberté elle se révélait hyperémotive. Après sa formation elle fut assaillie de scrupules ; le besoin de perfection morale la hantait ; la crainte de la laideur morale la fit souffrir de longs mois. L'horreur de la laideur physique s'est substituée maintenant à ses autres craintes en lui donnant le même tourment. C'est que dans ces cas analogues l'état d'inquiétude précède l'apparition de l'idée obsédante. Celle-ci ne peut être vaincue directement. Le médecin a certes le devoir de pratiquer

les analyses psychologiques les plus subtiles et de montrer à ces malades la valeur symbolique de leurs idées obsédantes.

L'expérience montre que cela ne suffit pas et que, nous devons tout tenter pour remonter l'état général de nos obsédées tout en apaisant leur éréthisme émotif.

AUTRES OBSERVATIONS :

M... est une jeune femme âgée de 27 ans. En la voyant on penserait qu'elle en a 15, et les autres malades l'appellent parfois, la « poupée ».

Un visage rose, pas de traits, une bouche trop petite, un système pileux d'hyperthyroïdienne, des yeux ni bleus ni gris, une expression un peu mièvre, une taille moyenne, à peu près bien proportionnée, telles sont les principales caractéristiques du physique de M...

Nous n'avons pu obtenir de renseignements précis sur ses antécédents familiaux.

Nous savons, par contre, que M... est née à terme, qu'elle a eu une enfance très délicate. Elle fut réglée à 12 ans normalement, mais cette époque de sa vie est marquée par l'apparition sur son corps de plusieurs énormes plaques de psoriasis, l'une de ces plaques couvrant toute la face antérieure du genou droit. Si nous adoptons l'interprétation de certains dermatologistes, tels que Schneidewing, qui voient dans le psoriasis une tuberculide guérissable par l'antigène méthylique nous sommes enclins à penser que M... fait une tuberculose plus ou moins larvée, dont la signature apparut à l'âge de 12 ans.

A 16 ans, M... se montre si triste, si isolée, si malheureuse en classe, au milieu des autres enfants de son âge, que ses parents doivent l'en retirer et la garder chez eux.

Cette apathie, cette tendance au rêve et à l'isolement ces larmes si faciles, cette tristesse si persistante, inquiètent les parents ; et comme M... atteint ses 18 ans, ils croient bien faire en la mariant.

Elle ne paraît ni plus heureuse ni mieux portante. Elle pleure sans cesse et néglige son ménage.

Durant l'année qui suit son mariage, elle fait une première fausse couche de quatre mois, suivie d'une opération au sein ; on doit lui inciser un abcès. A 20 ans elle fait une deuxième fausse couche de deux mois.

Elle a en outre à cette époque, de violentes crises de coliques hépatiques, trois ou quatre fois par an. A 22 ans elle fait un ictère avec fièvre assez grave.

Elle se montre anxieuse et découragée et laisse voir des signes de la série psychasthénique.

Timide et honteuse, doutant d'elle-même, elle se croit laide et ridicule.

« J'étais toujours mal habillée, nous dit-elle, il me semblait que mes amies se moquaient de moi. Je me sentais laide et ridicule, toujours en état d'infériorité sur les autres. Mon mari ne me comprenait pas, il riait de mes craintes. Ma belle-mère m'imposait des parents que je ne voulais pas voir, je m'enfermais dans ma chambre, je rêvais et je pleurais, je me reprochais souvent de ne pas savoir bien diriger mon ménage. On me trainait partout sous prétexte de me distraire et cela ne faisait qu'augmenter mon anxiété et ma détresse morale ».

M... a alors des idées obsédantes et des obsessions douloureuses.

Elle est obsédée par l'idée que son mari ne l'aime pas parce qu'elle est laide. Ses vaccins sont trop apparents sur son bras. Sa bouche est trop petite. Depuis son opération, elle est hantée par la pensée qu'elle a un sein plus gros que l'autre, et aussi par la peur d'avoir un cancer.

Ces diverses obsessions durent ainsi pendant deux années.

Les parents et le mari de M... ne pouvant l'accompagner et voulant la distraire cependant, la confient à des amis pour passer un mois au bord de la mer.

Ce séjour semble avoir eu un grand retentissement dans la vie affective de M... Malheureusement, elle ne nous donne actuellement aucun renseignement précis sur ce qui s'est passé alors, et sa famille n'est pas au courant.

M... revient de ce séjour avec des idées de culpabilité. Elle s'accuse d'une faute grave qu'elle aurait commise, mais qu'elle ne peut pas avouer.

L'anxiété et les obsessions de M... redoublent alors et des crises d'angoisse apparaissent.

Elle se plaint de « palpitations de cœur » et de « contractions d'estomac ». Elle demeure des jours entiers dans sa chambre, se confinant au lit et incapable d'aucune activité. Elle avait des « crises de nerfs » disent ses parents.

Son mari demande alors le divorce et M... revient chez ses parents.

Ces derniers constatent bientôt que M... devient de plus en plus indifférente. Elle ne répond plus aux questions qu'on lui pose, elle ne s'intéresse plus aux événements de la famille.

Elle passe de longues heures devant sa glace à considérer « la couleur de ses yeux, qui s'éclaircissent de plus en plus » disait-elle. Elle se sentait bizarre, étrange.

Un jour, au cours d'une de ces stations prolongées devant un miroir, la petitesse de sa bouche, qui l'avait obsédée autrefois, lui semble intolérable ; elle prend une lame de rasoir et se fait deux petites incisions aux commissures des lèvres.

La thérapeutique, dans ces cas, est avant tout un traitement psychothérapique approprié. Il ramène à la conscience les circonstances dans lesquelles le sentiment d'infériorité est né.

Mais, dans d'autres cas, la cure de l'imperfection amène à elle seule une transformation profonde du caractère. A ce sujet, le Docteur ALLENDY (de Paris) nous dit : « J'ai connu des femmes dont la timidité, le découragement et même des pensées de suicide ont disparu, après une réfection faciale ou mammaire. »

D'ailleurs, même dans les cas graves, si l'opération esthétique est insuffisante à guérir, elle demeure cependant nécessaire pour parachever la cure, une fois réalisée, la prise de conscience des éléments refoulés. J'estime que la chirurgie esthétique m'a beaucoup aidé dans la guérison de quelques malades névrosés ».

A cet avis particulièrement autorisé, nous ne pouvons qu'ajouter l'opinion de quelques opérés.

Un jeune homme de vingt ans, obsédé par l'imperfection de son nez écrit : « Docteur, comme tous vos confrères vous travaillez pour rendre la vie plus gaie, plus douce, plus attrayante : en un mot, vous travaillez pour faire aimer la vie. »

Dans une autre lettre, ce même jeune homme ajoute : « Dès que l'on a appris que la disgrâce d'un visage est corrigible elle devient intolérable. Aussi je vous écris à cause de mon nez. Je n'ai que vingt ans et j'aime beaucoup m'amuser mais hélas ! Un souci perpétuel me hante ».

L'opération une fois faite, voici son état d'esprit : « Personnellement, Docteur, je suis plus que satisfait de mon opération, j'en suis ravi. A présent j'ose me montrer en Société, ce qui m'était de plus en plus pénible de faire auparavant ; je ne pense plus jamais à ce nez que j'accusais être toujours la cause de mes déboires et que j'ai tant maudit. Je ne m'en préoccupe plus. Il me semble que j'ai acquis de la dignité. *Docteur, ma pauvre mère m'avait donné la vie, vous, vous m'avez procuré la joie de vivre* ».

Voici encore un fragment de la correspondance d'une opérée :
« Voilà Docteur, pourquoi je vous écris : J'ai des seins qui me désespèrent, qui m'enlèvent toute confiance en moi et dans la vie, mon existence devient de plus en plus terrible et je n'ai pas trente ans ; donc je ne suis pas encore vieille. Je vous en prie Docteur, je voudrais que vous me disiez si parmi tous les traitements que conseillent les réclames de journaux, il en est qui puissent me donner un résultat heureux. J'en ai essayé et chaque fois j'ai été déçue. Mes ressources ne me permettent pas de faire des dépenses pour rien, Docteur, je me rends très bien compte de mon audace, le désespoir fait parfois faire des choses énormes. »

L'ensemble des faits que nous rapportons montrent que certains cas imposent l'opération sans discussion. Dans les cas limites, il appartient au chirurgien de juger, tout en tâchant de découvrir les mobiles qui poussent à l'opération.

Pour conclure, hors les cas évidents, le devoir du chirurgien est de suivre trois directives :

1° Acquérir la confiance du malade pour fixer le substratum de l'obsession, cette dernière généralement liée à une vie sexuelle déviée.

2° Reporter la décision opératoire à une date éloignée pour amener si possible, par psychothérapie, la malade au renoncement.

3° Ne faire qu'une opération de résignation.

Comme nous l'avons vu précédemment, le consentement opératoire doit être formellement exprimé par le malade, et le chirurgien comme y insiste le Docteur CLAOUÉ, doit se souvenir *qu'il ne s'agit pas toujours de gagner une victoire chirurgicale, mais une victoire psychologique et morale.*

CHAPITRE II

Données anatomiques en vue de la Chirurgie réparatrice mammaire

PREMIÈRE PARTIE

Si l'étude morphologique de la région mammaire permet au chirurgien de préciser les principes d'esthétique qu'il devra respecter, l'étude de la structure intime de la glande a une importance d'autant plus essentielle, qu'elle apporte des connaissances qui guideront le chirurgien dans la conception de sa technique opératoire.

*
**

Normalement constitués, les seins sont situés dans la région pectorale, généralement entre la troisième et la sixième côte. Mais dans la pratique, on constate qu'il existe des seins hauts ou bas situés, sans aucune règle précise.

Cependant, beaucoup d'auteurs s'accordent pour admettre des points de repère précis, fixant l'emplacement que doit occuper la région aréolo-mamelonnaire (fig. 9). Le sujet étant debout, le bras horizontal, on trace une ligne verticale médio-sternale, puis une nouvelle ligne verticale partant du centre de l'aisselle. On marque ensuite le bord inférieur du grand pectoral. Le mamelon doit se trouver à l'intersection des lignes l'une menée par le bord inférieur du grand pectoral, l'autre tracée à égale distance des verticales menées par le sternum et le centre de l'aisselle.

L'absence complète, l'atrophie (fig. 10 et 11) des glandes mammaires, le développement anormal de l'une ou de l'autre, ou

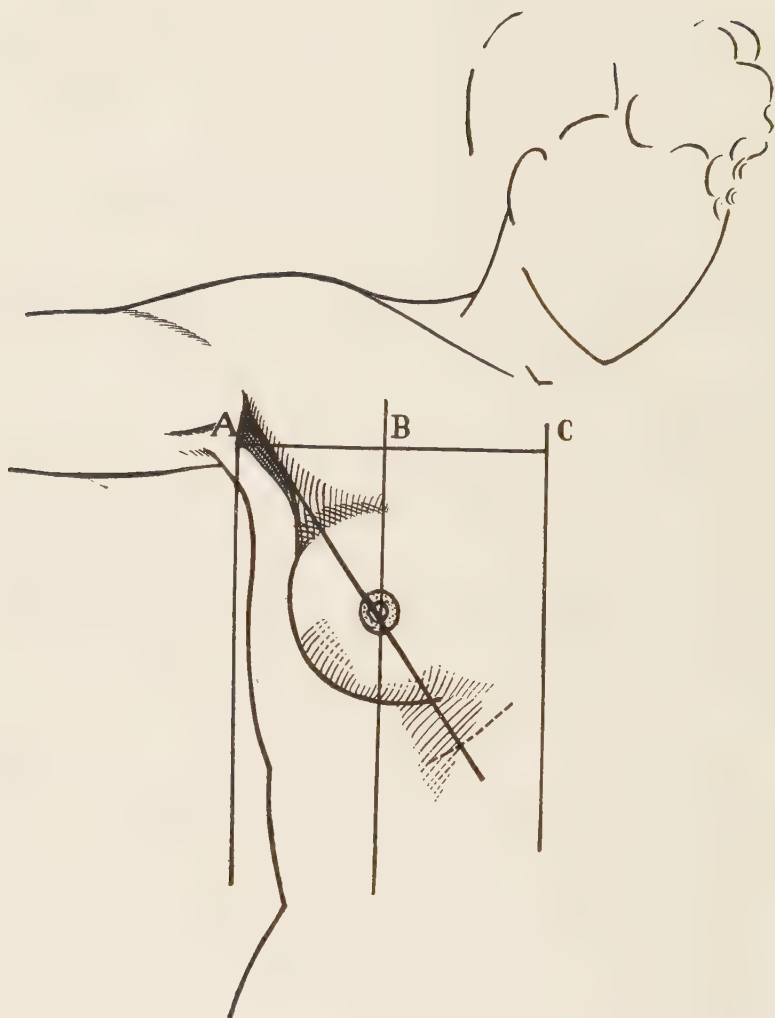


Fig. 9. — Situation du sein et du mamelon: repères classiques.

- A) Verticale médio-axillaire.
- C) Verticale médio-sternale.
- B) Verticale intermédiaire.

L'entre-croisement du bord inférieur du grand pectoral avec la verticale B donne la situation classique du mamelon.



Fig. 10. — Atrophie des glandes mammaires : type infantile (profil oblique).

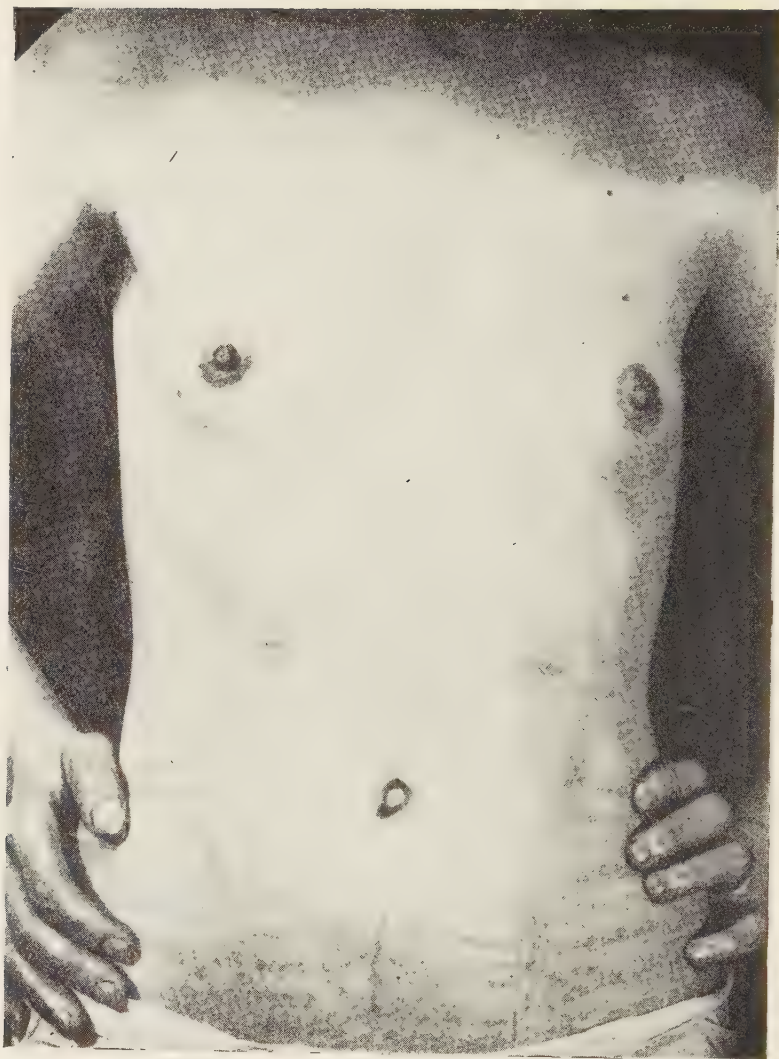


Fig. 11. — Atrophie mammaire : type infantile (vue de face).

enfin la présence de mamelles supplémentaires (polymastie) ont été observés. Ces mamelles supplémentaires sont toujours situées le long de la ligne mammaire, que Williams a appelée la ligne lactée, et qui s'étend du fond de l'aisselle à la racine de la cuisse. Cette disposition, toujours respectée, s'explique, si l'on se rappelle que les glandes mammaires constituent le caractère distinctif des mammifères dans la chaîne des vertébrés. Ces glandes, en effet, sont inguinales et abdominales chez les carnivores ; elles sont pectorales chez les primates.

Le sein normal (fig. 12, 13, 14) chez la femme de race blanche pèse à peu près deux cents grammes. Il mesure environ dix centimètres de hauteur, dix centimètres de largeur et cinq centimètres d'épaisseur.

Au point de vue esthétique, le volume du sein doit rester proportionné à l'ensemble du corps ; mais selon les époques et les diverses opinions les canons de l'esthétique sont infiniment variables. Cependant le sein gauche est, en général, plus volumineux, sauf exception (trois fois sur dix), que le sein droit (fig. 15, 16, 17).

La plastique de la poitrine est fonction du rapport qui existe entre son diamètre de base et son axe antéro-postérieur.

On peut donc classer les seins en trois catégories, selon la valeur de comparaison entre le demi-diamètre ou rayon de base AO et l'axe antéro-postérieur OC (fig. 18) :

1° Si le demi-diamètre de base A O égale l'axe antéro-postérieur O C d'une valeur approximative de cinq à six centimètres, le sein a la forme idéale de la Vénus de Milo ou de la Vénus de Médicis : *l'angle A C B est droit* ;

2° Si l'axe antéro-postérieur O C, d'une valeur variable de trois, quatre ou cinq centimètres, est plus petit que le diamètre de base A O, le sein a la forme d'une demi-coupe : il est discoïde : *l'angle A C B est obtus* ;

3° Si l'axe antéro-postérieur O C a une valeur approximative de six à sept centimètres et est plus grand que le demi-diamètre de base A O, le sein est piriforme (type race nègre) : *l'angle A C B est aigu*.

*
**

L'étude du développement embryologique et de la constitution histologique de la glande mammaire montre qu'il s'agit d'une glande cutanée, probablement sébacée, différenciée en vue de la sécrétion lactée.



Fig. 12. — Poitrine normale : vue de profil oblique



Fig. 13. — Poitrine normale : vue de face, bras levés



Fig. 14. — Poitrine normale dans la demi-flexion.



Fig. 15. — Hypertrophie unilatérale du sein gauche chez une jeune fille (profil oblique).



Fig. 1b. — Hypertrophie unilatérale du sein gauche chez une jeune fille face¹).



Fig. 17. — Hypertrophie gigantesque du sein gauche
(Photographie communiquée par le journal « *Æsculape* »).

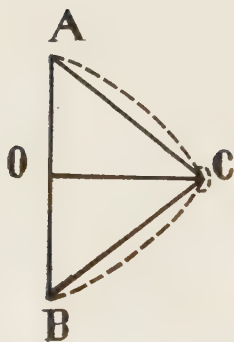
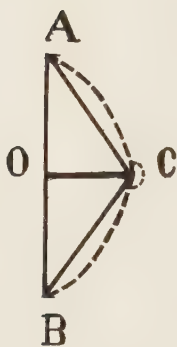
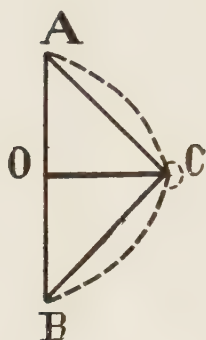


Fig. 18. — La plastique de la poitrine est fonction du rapport qui existe entre le diamètre de base et l'axe antero-postérieur : d'où les types de seins en demi-pomme, discoïdes et périformes.

Elle se développe par une invagination qui pousse bientôt des ramifications, aboutissant, après la naissance, à des renflements en massue : ce sont les futurs canaux galactophores et les futurs lobes glandulaires.

Le sein se présente, chez l'enfant, simplement sous la forme du mamelon et de l'aréole. Il s'accroît peu à peu jusqu'à la puberté où il augmente rapidement de volume. Chez la jeune fille, l'aréole est posée, comme une coupole, sur le sein bombant. Le complet développement ne s'acquiert qu'après le premier accouchement : la coupole aréolaire disparaît et seul le mamelon fait saillie.

Les anomalies du mamelon sont fréquentes : on le rencontre souvent invaginé ; c'est une mauvaise disposition pour l'allaitement. Son absence complète est connue sous le nom d'athélie.



L'étude anatomique de la région mammaire comporte la description des cinq systèmes constitutifs suivants :

- 1° La région cutanée et aréolo-mamelonnaire ;
- 2° Le plan cellulo-adipeux et le système suspenseur de la glande ;
- 3° Le plan musculo-costal ou rétro-mammaire ;
- 4° La glande mammaire proprement dite ;
- 5° Le système vasculo-nerveux.

1° La région cutanée et aréolo-mamelonnaire

Cette région est caractérisée par la finesse de la peau, particulièrement marquée au niveau de l'aréole et du mamelon. Suivant le type, l'âge ou la race, l'aréole est rosée ou brune ; de forme circulaire ou elliptique, elle mesure un diamètre de deux centimètres et demi à douze centimètres, comme nous avons pu l'observer. Elle possède de nombreuses glandes sébacées et, de loin en loin, des sortes de granulations appelées tubercules de Morgani, qui augmentant de volume au moment de la grossesse, portent le nom de tubercules de Montgomery.

Certains pensent que ces formations seraient des glandes mammaires en miniature.

On observe souvent, au cours de la gestation, la formation d'une aréole secondaire qui devient l'un des signes de la grossesse.

Au-dessous du derme aréolaire, se trouve un muscle lisse, qui possède deux sortes de fibres : les unes circulaires forment le muscle sous-aréolaire de Sappey ; les autres radiées, naissant de la peau pour converger vers le mamelon, forment le muscle radié et peaucier de Meyerholtz.

Le mamelon rugueux et hérissé de petites éminences, est percé de dix à vingt orifices, qui ne sont autres que les extrémités des canaux galactophores. Le derme du mamelon est tapissé de fibres musculaires lisses, les unes circulaires, les autres en rayons de roue, constituant un véritable spincter, ou *muscle du mamelon*.

2° *Le plan cellulo-adipeux et le système suspenseur de la glande*

La peau de cette région est doublée par un tissu sous-cutané particulièrement développé, en large continuité avec celui du cou et celui de la région thoraco-abdominale. Il enrobe la glande dans son pourtour, sauf au niveau de la région mamelonnaire. C'est bien là la démonstration anatomique que la glande mammaire est une glande cutanée. S'étant enfoncée progressivement, comme une sorte de coin, dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané thoracique, la résistance du plan costal a provoqué secondairement le relief de la poitrine (fig. 19).

Nous savons que le tissu cellulaire sous-cutané comporte deux formations : d'une part, les lobules graisseux ; d'autre part, le fascia superficialis. Ce dernier présente *deux faces* : l'une cutanée, l'autre pectorale. Il se divise, au niveau de la glande, en *deux feuillets* : l'un antérieur cutané, l'autre postérieur ou pectoral (fig. 20).

La face et le feuillet cutanés du fascia superficialis envoient à la peau des tractus conjonctifs, constituant des loges ou

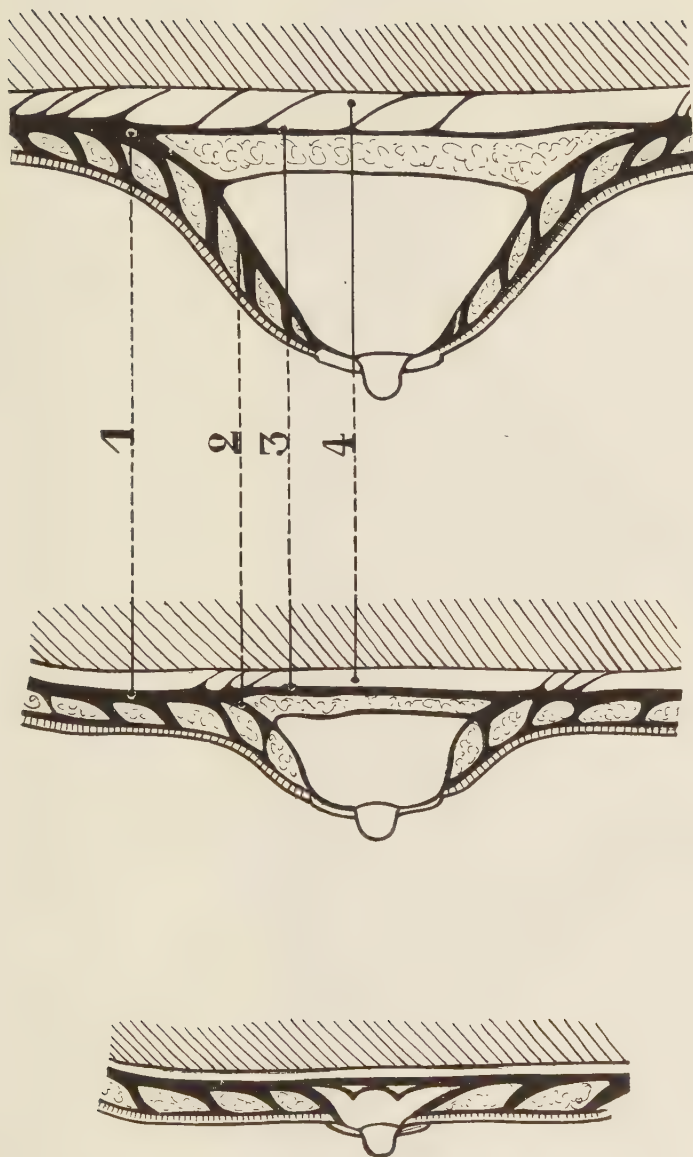


Fig. 19. — La glande mammaire s'est enfoncée progressivement dans le tissu cellulaire : la résistance du plan costal explique le relief de la poitrine. — Le développement de la glande explique les rapports avec le fascia superficialis, et en particulier sa division en deux feuillets (d'après Claoué).

1. Fascia superficialis ou ligament suspenseur de la poitrine. — 2. Feuillelet antérieur du fascia superficialis. — 3. Feuillelet postérieur du fascia superficialis. — 4. Espace retro-mammaire.

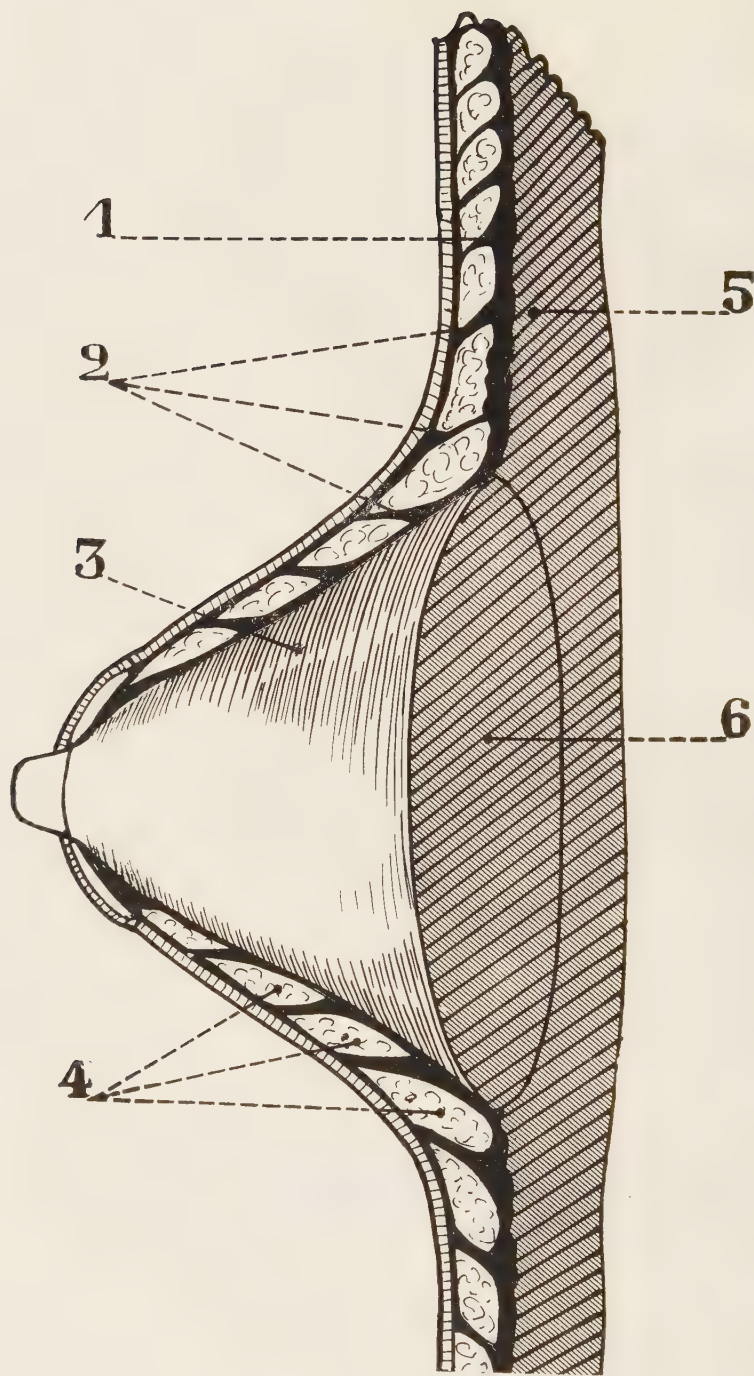


Figure 20. — Le système suspenseur de la glande mammaire (schéma d'après Claoué).
Le fascia superficialis (1) envoie à la partie profonde du derme des ramifications fibreuses (2). Ces ramifications fibreuses délimitent des loges grasses (4).

Rencontrant la base du cône mammaire, le fascia superficialis se subdivise en deux feuillets, l'un antérieur (3) en forme d'entonnoir entourant la glande et en un feuillet postérieur (6) qui continue sur la base de cet entonnoir le fascia superficialis.

fosses adipeuses, dont les insertions, au niveau de la glande, constituent les crêtes fibreuses.

La face pectorale et le feuillet postérieur du fascia superficialis envoient à l'aponévrose pectorale des tractus si fins, que l'adhérence minime en fait l'équivalent, comme l'a fait remarquer Chassaignac, d'une bourse séreuse sous-mammaire : « Ce n'est point une cavité séreuse vraie, mais un espace de tissu lâche, circonscrit à la périphérie de la glande, par des adhérences cutané-aponévrotiques. » (Peslarive.)

Ainsi, la glande mammaire est contenue dans un dédoublement du fascia superficialis, en relation avec celui du cou, d'une façon si intime, qu'il suffira de faire contracter les peuciers du cou pour provoquer un mouvement d'élévation de la glande mammaire. *On peut donc affirmer, par les connaissances anatomiques, que la glande mammaire est accrochée au système cutané et sous-cutané, et non au système musculaire pectoral*, puisque la contraction de ce dernier muscle n'entraîne aucun mouvement de la glande, alors que la contraction des peuciers du cou provoque ce mouvement.

3° *Le plan rétro-mammaire*

La glande mammaire est appliquée principalement sur le grand pectoral et souvent sur la partie antéro-inférieure du grand dentelé. Elle répond, plus en arrière, aux muscles petit pectoral, grand oblique, intercostaux.

Plus profondément, se trouvent les côtes, la plèvre, les poumons et le cœur à gauche. Au-dessus de la glande, se trouvent le deltoïde et la clavicule : au-dessous d'elle, le grand dentelé et la partie antérieure du grand dorsal.

4° *La glande mammaire proprement dite*

La glande est recouverte entièrement par une lame de tissu fibreux, formant la *capsule* fibreuse, qui n'est autre que le fascia superficialis. Le *panicule* adipeux l'enveloppe, sauf au niveau de l'aréole. Elle est aplatie d'avant en arrière. Son contour irrégulier présente différents prolongements, lui donnant une forme vaguement quadrangulaire. Ils répondent aux différents angles et sont dénommés : prolongements supéro-interne, inféro-interne, inféro-externe et enfin supéro-externe, ou prolongement axillaire, toujours constant, et de beaucoup

le plus important. Ce dernier se retourne souvent en crochet sous le grand pectoral et atteint les ganglions les plus antérieurs du creux de l'aisselle : c'est ce dernier rapport qui explique comment certaines adénites ont pu être confondues avec des tumeurs glandulaires et réciproquement (fig. 21).

Comme toute glande en grappe, la glande mammaire est formée de lobules, dont la réunion constitue les lobes, au nombre de dix à vingt-cinq. Les lobules eux-mêmes se subdivisent en acinis d'où partent les canaux excréteurs, convergeant vers le canal central ou galactophore, ou lactifère. Les canaux galactophores se terminent en forme d'ampoule, ou sinus, à la base du mamelon, et s'ouvrent à l'extérieur par des pores galactophores.

La glande mammaire montre à la coupe deux parties : l'une périphérique très irriguée, molle, formée par les lobes glandulaires, l'autre centrale, blanchâtre et ferme, formée par le tissu conjonctif et les canaux galactophores.

§° *Le système vasculo-nerveux*

La glande mammaire est irriguée par un système artérioveineux et lymphatique particulièrement développé :

SYSTÈME ARTÉRIEL (fig. 22).

La principale source d'irrigation de la glande mammaire est l'*artère mammaire interne*. Elle naît de la sous-clavière et chemine à l'intérieur de la cage thoracique, le long du bord externe du sternum. Elle se divise, au niveau de l'extrémité sternale, en deux branches terminales, l'une externe, l'autre interne, s'anastomosant avec l'épigastrique. Au cours de son trajet, elle émet des branches perforantes, qui irriguent la glande mammaire, en même temps que le grand pectoral. Au moment de la lactation, ces branches perforantes peuvent atteindre, d'après Cruveilhier, le calibre d'une radiale.

Ses collatérales externes, ou artères costales antérieures, perforent le muscle intercostal externe. Elles sont au nombre de deux dans chaque espace, et pour les six premiers espaces intercostaux, s'anastomosent, à plein canal, avec les intercostales aortiques.

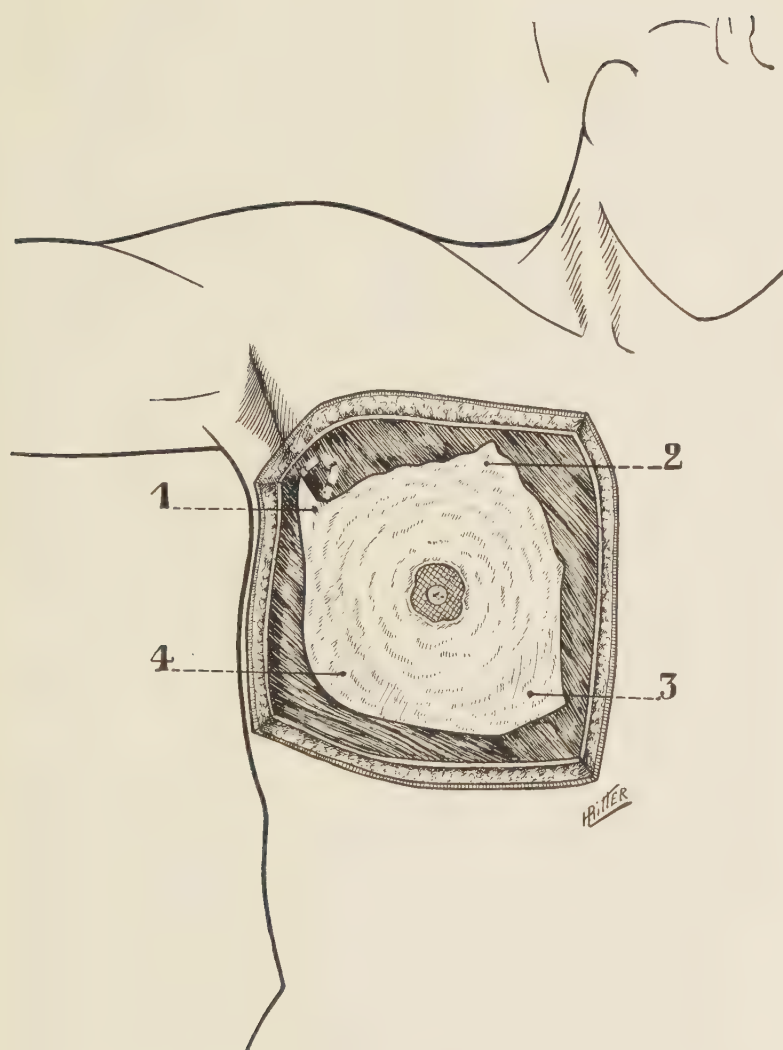


Fig. 21. — Glande mammaire et ses prolongements.

1. Prolongement supéro-externe se retournant parfois en crochet sous le grand pectoral.
2. Prolongement supéro-interne.
3. Prolongement infero-interne.
4. Prolongement infero-externe.

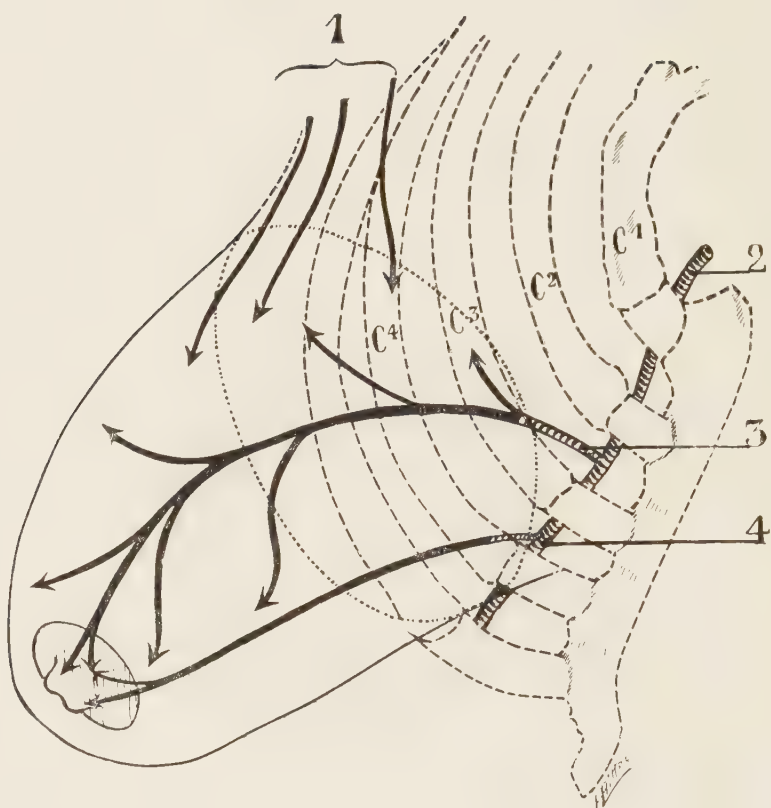


Fig. 22. — Vascularisation schématique de la glande mammaire (Kauffmann). Vue supérieure de la glande. Le cercle pointillé représente la base du sein sur le grill costal. C¹, C², C³, C⁴, première, deuxième, etc..., côtes.

1. Vaisseaux cutanés d'origine axillaire ne participant pas à la nutrition de la glande elle-même.
2. Artère mammaire interne.
3. Artère nourricière principale de la glande (2^e espace).
4. Artère nourricière secondaire de la glande (3^e espace).

Les *intercostales aortiques*, de nombre variable (de neuf à dix en général), placées entre la veine et le nerf de même nom, cheminent entre les deux muscles intercostaux. Elles s'insinuent entre les fibres du muscle intercostal interne et s'éloignent de la côte, pour se terminer, par anastomose, avec la mammaire interne. Une perforante latérale traverse le muscle intercostal interne, pour irriguer les pectoraux et le grand dentelé ; puis s'anastomose avec la mammaire externe. D'après Poirier, ce seraient les artères du troisième et sixième espace intercostal qui irrigueraient la mamelle.

L'*artère mammaire externe*, ou thoracique inférieure, branche de l'axillaire, descend sur la face interne du grand dentelé. Elle assure la nutrition, d'après plusieurs auteurs, de la partie externe de la mamelle.

L'*acromio-thoracique*, branche de l'axillaire, envoie une branche interne, passant entre le grand et le petit pectoral, qu'elle irrigue. D'après les auteurs, certains de ces rameaux vasculariseraient la portion supéro-externe de la glande.

La complexité du problème de l'irrigation, l'apparition inattendue de cas de nécrose du mamelon, à la suite d'opérations plastiques mammaires, ont incité les chercheurs à préciser ce problème.

Schwarzmann, le premier, a fait remarquer qu'en conservant la partie superficielle de la peau, la vascularisation cutanée est respectée. Un pédicule nourricier se trouve créé de la sorte et rend impossible la nécrose du mamelon. Cette conception tend à présupposer que l'irrigation de la glande se fait par sa face cutanée.

Depuis, les récents travaux du docteur Kauffmann (de Paris) sont venus éclairer ce point d'anatomie encore obscur.

A la suite d'injections de produits opaques aux rayons X dans les artères de la paroi thoracique, il a constaté :

1° Que la nutrition principale de la glande est assurée par une *première branche* principale, qui émerge du thorax au niveau du deuxième espace intercostal, et par une *deuxième branche accessoire*, plus petite, perforant le troisième espace. Toutes deux sont issues de la mammaire interne et vont jus-

qu'au mamelon. Superficielles et cutanées, elles abordent la glande dans le quadrant supéro-interne ;

2° Que les artères axillaire et acromio-thoracique donnent des rameaux simplement cutanés pour la portion externe de la région mammaire, mais n'irriguant, en aucune façon, la glande elle-même ;

3° Qu'au cours d'injections séparées, sous grande pression, avec des liquides très fluides, mais opaques aux rayons X, il a été observé qu'aucun des vaisseaux intercostaux n'irrigue un territoire quelconque de la glande.

SYSTÈME VEINEUX.

Les veines ne suivent pas nécessairement le trajet des artères, mais forment un réseau superficiel très fourni, visible pendant la grossesse et la lactation. Autour de l'aréole, le réseau veineux dessine ce que l'on appelle le cercle de Hallers.

SYSTÈME LYMPHATIQUE.

Les lymphatiques superficiels ou profonds se rendent presque tous au réseau sous-aréolaire qui donne naissance à plusieurs pédicules (Rouvière).

Le *pédicule principal*, formé par les lymphatiques externes, se rend au ganglion externe du même côté, mais également pour une part aux ganglions axillaire du côté opposé (Rieffel). Ce pédicule contourne le bord inférieur du grand pectoral, quitte la glande par le bord externe, présentant sur son trajet des globules interrupteurs appelés ganglions para-mammaires.

Un *deuxième pédicule*, formé par les lymphatiques postérieurs, quitte la partie supéro-interne de la glande, passe sous le petit pectoral et se rend directement au ganglion sous-claviculaire ; un autre pédicule supérieur s'engage sous la clavicule entre le muscle sous-clavier et la veine sous-clavière, pour se rendre au ganglion sus-claviculaire (Leveuf-Godard).

Le *troisième pédicule*, formé par les lymphatiques mammaires internes, se rend aux ganglions de la chaîne mammaire interne.

SYSTÈME NERVEUX.

Les nerfs de la glande mammaire sont de deux sortes, cutanés ou glandulaires. Ils cheminent superficiellement et sont issus des nerfs perforants, antérieurs et latéraux, venant des deuxièmes aux sixièmes paires intercostales et de la branche sous-claviculaire du plexus cervical.

Le système sympathique innerve également la glande mammaire. Par ses recherches sur le sympathique, le docteur Paul Bouquet a fait comprendre la signification du moindre développement si fréquent de la mamelle droite par rapport à l'autre (70 fois sur 100). Il l'explique par la différence d'influx sympathique et cite comme exemple la prédominance du sympathique gauche sur le sympathique droit, comme on le constate pour le cœur, le rein et les poumons.

Par analogie, il fait remarquer que les pneumonies *a frigore* sont beaucoup plus fréquentes à droite qu'à gauche.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons d'exposer la morphologie de la poitrine et les points essentiels d'anatomie descriptive et de topographie ; il nous est maintenant possible, d'étudier la ptose mammaire dans son mécanisme anatomo-pathologique, et, ensuite, de préciser les idées directrices que le chirurgien devra avoir présentes à l'esprit au cours de la reconstruction de la poitrine.

Nous allons examiner successivement :

1° Les différents types de ptoses mammaires.

2° Le mécanisme de la chute de la poitrine.

3° Le repérage en vue de la reconstruction du sein ptosé.

4° Les conditions que devra réunir l'opération plastique la plus rationnelle.

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS TYPES DE PTOSÉS MAMMAIRES ?

Les difformités mammaires sont extrêmement fréquentes. Si l'on ne rencontre que rarement, comme nous l'avons vu plus haut, des cas importants d'hypertrophie unilatérale au contraire, la chute de la poitrine est tellement habituelle, que le port d'un soutien gorge est devenu une nécessité courante, et parfois une servitude.

Dès l'apparition de la ptose, on constate fréquemment l'hypertrophie. L'augmentation de volume et le début de la chute infléchissent d'abord, sur le profil, le bord supérieur de la glande, puis courbent le bord inférieur, en donnant naissance au pli sous-mammaire (fig. 23). La poitrine hypertrophiée se déforme bientôt en une masse globuleuse débordant en bas et en



Fig. 23. — Poitrine de jeune femme : L'augmentation de volume et le début de la chute infléchissent d'abord sur le profil, le bord supérieur de la glande, puis courbent le bord inférieur.

dehors, et pouvant aboutir à cette monstruosité que l'on a vu, atteindre et dépasser l'ombilic !

Dans le mouvement de décubitus, le sein ptosé et libre, roule en bas et en dehors tandis que dans la station debout, il roule en bas et en dedans, pour prendre en position ventrale une forme en battant de cloche. (Fig. 24).

Quoique les femmes corrigent inconsciemment la difformité mammaire par une position vicieuse de la colonne vertébrale appelée *lordose de compensation*, elles s'efforcent encore de l'atténuer par le port d'un soutien gorge plus ou moins perfectionné et parfois armé à la Récamier.

Si le soutien-gorge relève la poitrine, il en fait ressortir d'autant la proéminence. La réunion médiane des deux seins efface la dépression intermammaire, et la saillie aux aisselles des glandes remontées, oblige certaines femmes à tenir leurs bras écartés. Ce qu'elles ont corrigé en hauteur, elles l'ont retrouvé en largeur et en proéminence, avec une déformation accentuée par le port de ceintures et corsets trop étroits. (Fig. 25 et 26).

On s'est efforcé de donner une valeur estimative au degré de ptose. Le Docteur Jayle, distingue ainsi deux types : le *sein tombant* et le *sein procident*. On recherche la distance entre le pli sous-mammaire et le bord inférieur du sein. Chaque centimètre correspond à un degré. Au-dessous de deux centimètres, le sein est tombant ; au-dessus de deux centimètres, le sein est procident.

Un autre mode de mensuration a été réalisé en s'appuyant sur la notion de la rigidité ou tonus mammaire. (Fig. 27 et 28).

Si l'angle AOC égale l'angle COB, égale 90° , le sein est rigide avec un tonus parfait et le diamètre antéro-postérieur *OC est horizontal*.

Si le sein tombe, l'angle ABC ou angle alpha devient aigu. Le diamètre antéro-postérieur *OC est oblique* vers le bas et l'on constate une différence de convexité entre les deux moitiés supérieure et inférieure.

Si le sein est procident l'angle alpha devient de plus en plus aigu, le diamètre antéro-postérieur *OC s'allonge* et la moitié

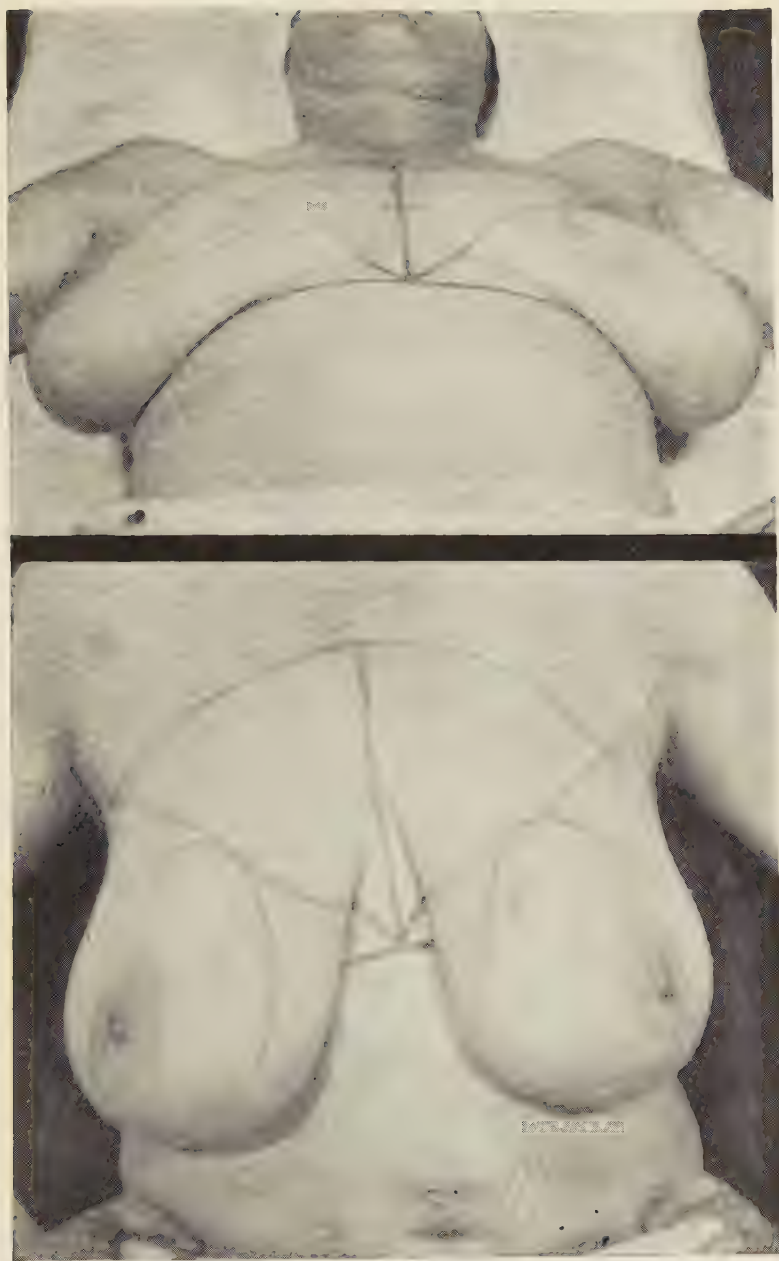


Fig. 24. — Dans le mouvement de décubitus, le sein ptosé et libre roule en bas et en dehors : tandis que dans la station debout, il roule en bas et en dedans.

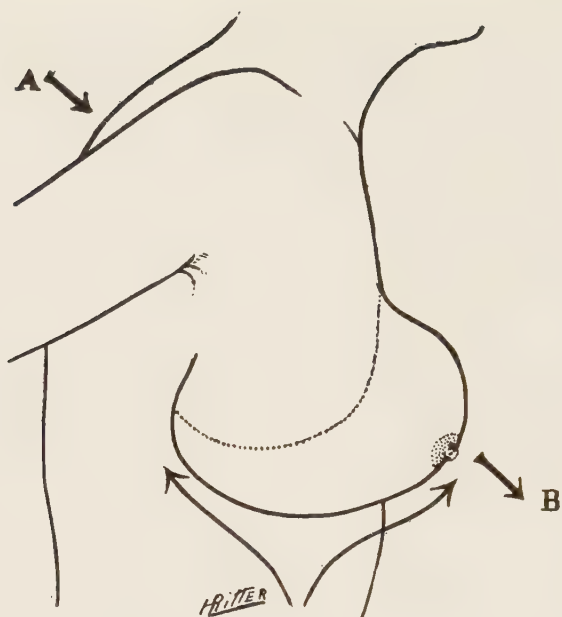


Fig. 25.

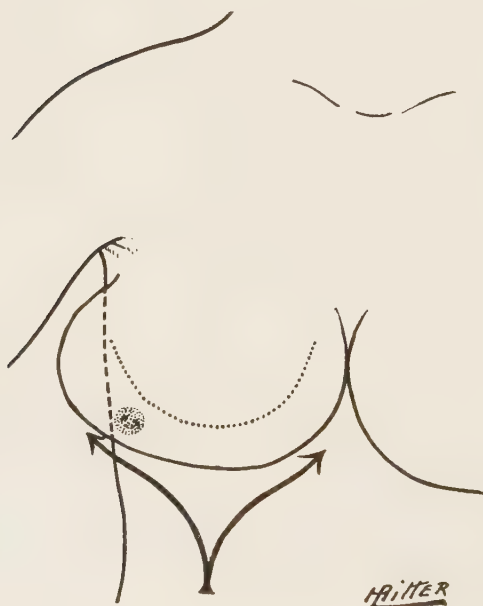


Fig. 26

Fig. 25 et 26. — Si le soutien gorge relève la poitrine, il la fait ressortir d'autant en avant et en dehors. Les flèches A B indiquent la lordose

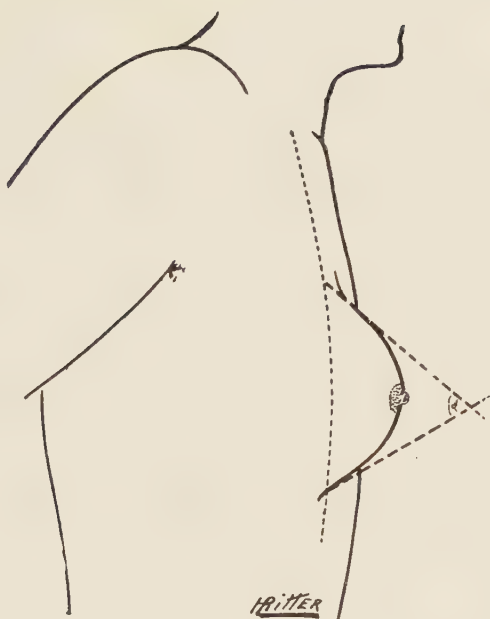
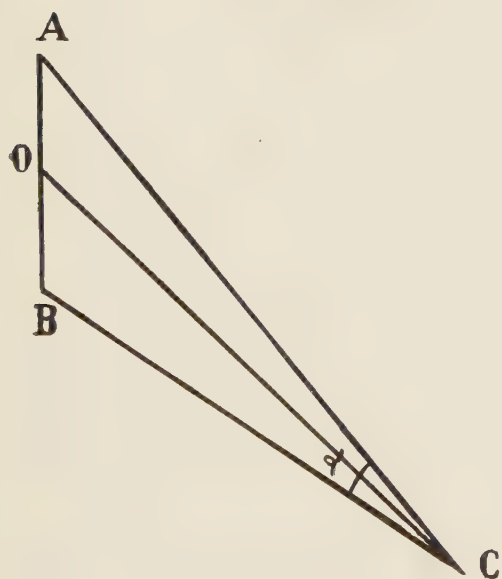
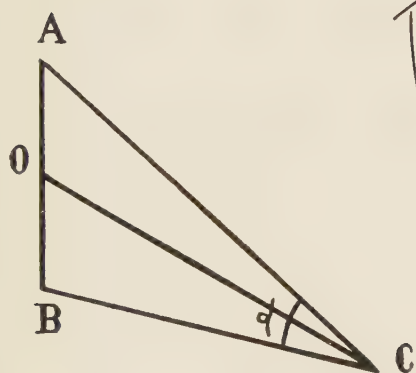
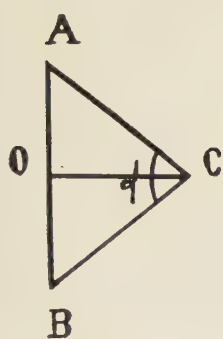


Fig. 28

Fig. 27 et 28. — Mensuration de la ptose mammaire basée sur le tonus :
l'angle alpha devient de plus en plus petit.

inférieure du sein contribue à former le pli sous-mammaire. Plus le degré de ptose est avancé, plus l'angle alpha se ferme et plus les rapports de la glande mammaire avec les plans sous-jacents s'étendent. (Fig. 29 et 30).

Enfin, on peut donner une valeur de chute à la poitrine en comptant le nombre de travers de doigts, l'index étant placé dans le fond du pli sous-mammaire. C'est la meilleure formule, dans la pratique courante.

Les seins hypertrophiés peuvent être classés en trois types distincts :

1° *Le type globuleux*, caractérisé par une hypertrophie d'ensemble associée à la ptose, dont la base d'implantation sur le thorax est large et épaisse ; (Fig. 31, 32, 33, 34).

2° *Le type plat*, caractérisé par une minceur si prononcée que le sein est réduit, pour ainsi dire, à l'épaisseur des deux lames cutanées ; (Fig. 35).

3° *Le type intermédiaire*, caractérisé par une extrémité globuleuse, reliée au thorax par un pédicule plat. (Fig. 36).

QUEL EST LE MÉCANISME DE LA CHUTE DE LA POITRINE ?

La chute des seins, dans l'hypertrophie monstrueuse de la poitrine, s'explique par l'existence d'un poids anormal placé en porte à faux ; mais lorsque cette hypertrophie est inexistante, on peut se demander par quel mécanisme la poitrine de volume normal peut s'effondrer.

Nous avons vu, en détail, la constitution particulière du fascia superficialis ; nous savons qu'il est en large relation avec celui de la région cervicale et que si l'on fait contracter les peauciers du cou, on produit un mouvement d'élévation de la poitrine à la contraction et un mouvement d'abaissement à la détente : *ce mouvement constitue la démonstration même de la suspension du sein au système conjonctif et cutané.*

Aussi est-il évident que l'envahissement du système suspenseur par des panicules adipeux exubérants, ou l'hypertrophie du parenchyme glandulaire, ou sa dégénérescence, entraînent naturellement l'élongation et l'éclatement de ce système sus-

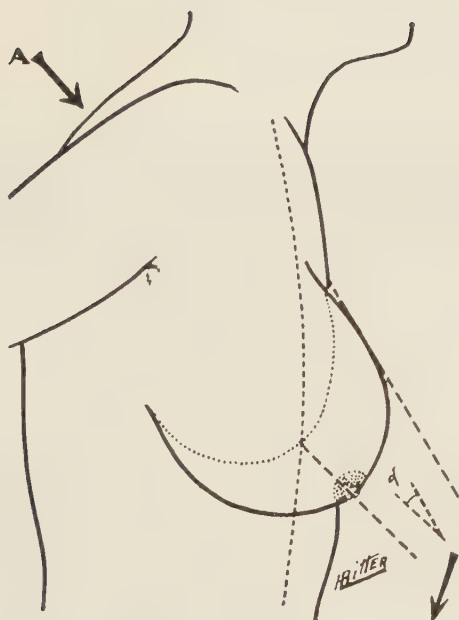


Fig. 29.



Fig. 30.

Fig. 29 et 30. — La chute se fait de plus en plus, en bas et en dedans et l'angle alpha devient de plus en plus aigu.



Fig. 31. — Hypertrophie mammaire chez une jeune fille : type globuleux.



Fig. 32. — Hypertrophie mammaire = type globuleux (femme adulte).



Fig. 33. — Sein glabuleux (profil) (femme adulte).



Fig. 34. — Hypertrophie mammaire : type globuleux quadrangulaire.



Fig. 35. — Hypertrophie mammaire : type plat



Fig. 36. — Hypertrophie mammaire ; type intermédiaire (vue de profil).

penseur. Après amaigrissement, l'élasticité naturelle étant perdue, la chute de la poitrine est définitive. L'expérience confirme cette manière de voir : il est courant d'entendre dire, qu'après amaigrissement l'augmentation de l'embonpoint provoque une fermeté et une moindre tendance à la chute de la poitrine ; cela parce que le système suspenseur, légèrement détendu, a trouvé bientôt sa correction par remplissage adipeux ou par augmentation congestive de volume dans les loges que nous avons décrites. (Fig. 37, 38, 39, 40).

En somme, la cause efficiente de la chute de la poitrine est dans la distension du système suspenseur, par elongation du fascia superficialis.

QUEL EST LE REPÉRAGE TOPOGRAPHIQUE EN VUE DE LA RECONSTRUCTION DU SEIN ?

La mobilité des seins ptosés impose, de toute évidence, l'utilisation de points de repères en vue de la correction chirurgicale.

L'anatomie nous a appris que le mamelon devait se trouver à l'intersection de la ligne menée par le bord inférieur du grand pectoral et de la verticale tracée à égale distance des verticales médio-sternale et axillaire.

Certains chirurgiens prétendent cependant qu'il ne faut pas tenir compte des mensurations. Ils se fient à la sûreté de leur coup d'œil et placent le mamelon à l'endroit qui leur semble le mieux convenir à l'esthétique de l'opérée. Mais l'absence de repères fixes et visibles rend selon nous, cette audace contestable, voire même dangereuse, d'autant plus que la plastique de la poitrine varie suivant la position, couchée ou debout.

C'est pourquoi, en dehors du repère classique, certains chirurgiens se sont appliqués à décrire des techniques d'orientation en vue de l'opération chirurgicale.

Le docteur Dartigues, par l'étude de la radiographie, délimite l'emplacement du mamelon au niveau du sixième espace intercostal et affirme que la distance, sur des seins normaux, entre les deux mamelons, est de vingt centimètres. Au cours de ses opérations de mamectomie, il place le mamelon à

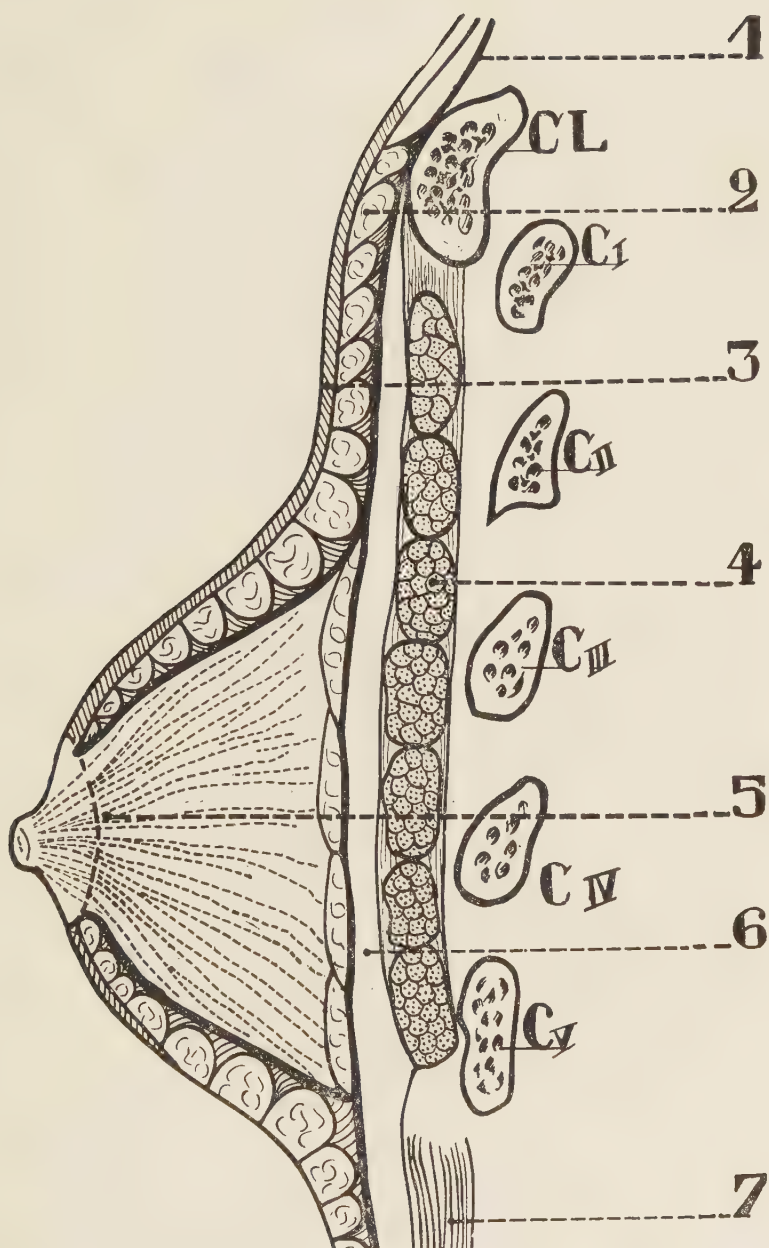


Fig. 37. — Schéma montrant le sein et son système suspenseur cutané-conjonctif à l'état normal.

CL, clavicule. C¹, C², etc... 1^{re}, 2^e côtes, etc...

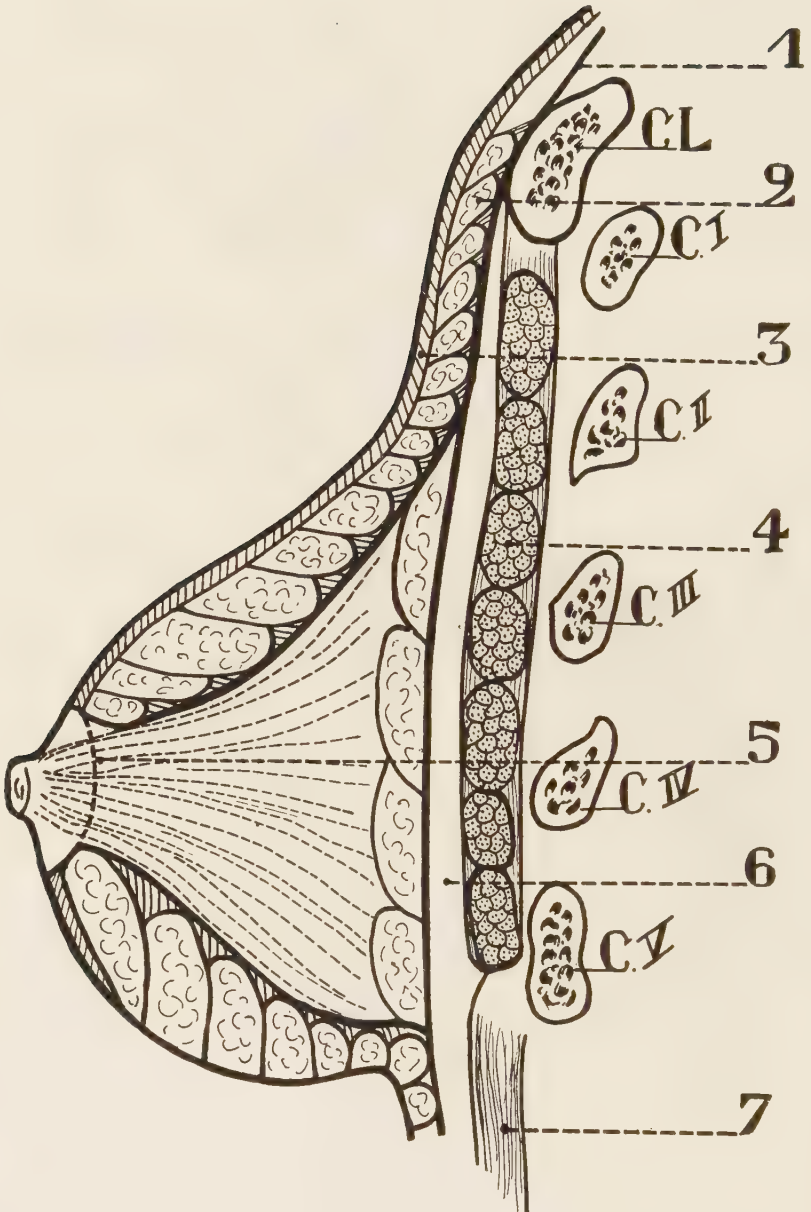


Fig. 38. — Schéma montrant l'élongation, par hypertrophie graisseuse sous-cutanée, des prolongements à la peau du système suspenseur du sein.
 1. fascia superficiales ; 2. loge graisseuse ; 3. derme ; 4. Grand pectoral ;
 5. glande ; 6. espace rétro-mammaire.

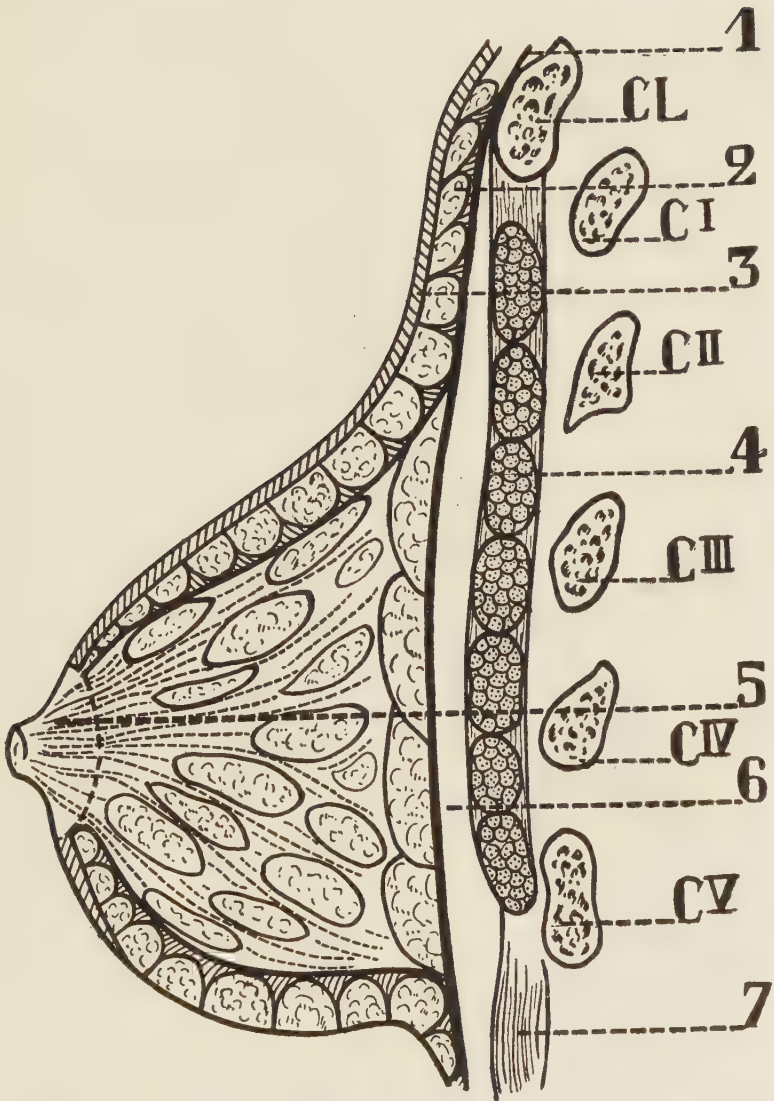


Fig. 39. — Schéma montrant l'élongation du système suspenseur à la suite de la dégénérescence graisseuse de la glande.

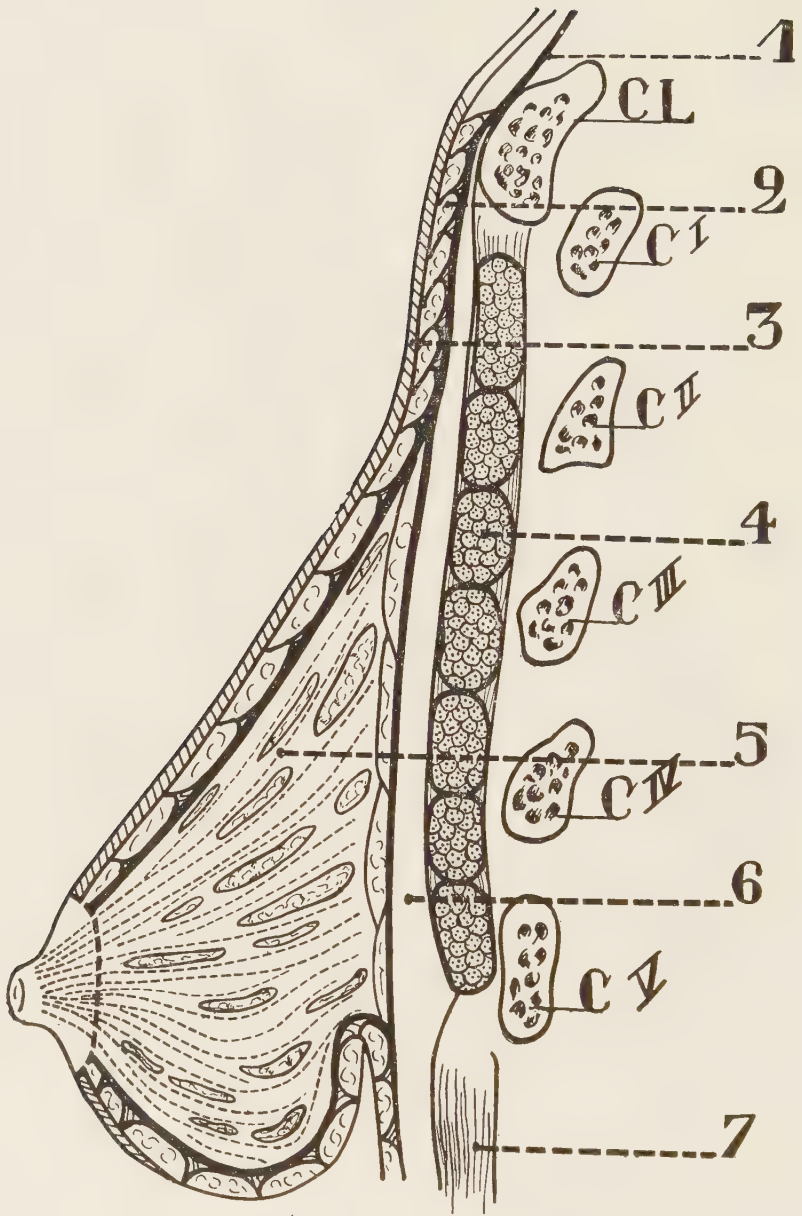


Fig. 40. — Schéma montrant la chute de la poitrine après amaigrissement.

trois ou quatre travers de doigts au-dessous du creux axillaire, sur la ligne verticale passant à l'union du tiers externe et des deux tiers internes de la clavicule.

Le docteur Lagarde a publié, dans un article d'ensemble (*Médecine internationale illustrée*, avril 1934), la technique de repérage suivante : (Fig. 41).

A l'aide d'un mètre souple, qui, enserre le thorax, on trace au crayon demographique une ligne horizontale axillo-axillaire A A'.

Puis on abaisse deux perpendiculaires BH et B'H', passant à l'union du tiers externe et des deux tiers internes de la clavicule. Sur ces perpendiculaires, à quatre travers de doigts au-dessous de l'horizontale A A', on trace les points CC' qui indiquent l'emplacement des mamelons : c'est la conception technique du docteur Dartigues. Pour vérifier la symétrie des deux points ainsi repérés, on peut les relier par une ligne horizontale C C'. Une perpendiculaire passant par le milieu du sternum doit partager C C' en deux parties égales. En reliant le creux sus-sternal avec les points C C', on obtient un triangle isocèle. (Voir l'appareil mesureur du docteur Dartigues, fabriqué par la maison Colin.)

Cependant, les opérations classiques de Aubert, Passot, Morestin, Dartigues, sont basées sur une voie d'accès sous-mammaire ; il faut donc une connaissance précise de la position de ce sillon. C'est pourquoi le docteur Lagarde conseille, la projection sur la face antérieure du sein ; il en régularise la courbe toujours imparfaite ; il complète les hémisphères de façon à réaliser deux circonférences constituant le tracé de l'aire où il faudra décoller et refaire la glande mammaire. Les mamelons seront placés au centre de chacune de ces circonférences, mieux à trois centimètres en-dessous et en dehors de ce centre, comme l'ont fait remarquer quelques auteurs. L'incision sous-mammaire devra se juxtaposer exactement à l'incision sus-aréolaire, que l'on régularisera.

Le docteur Claoué, dans une communication à la Société de Médecine de Paris (1), a fait remarquer qu'il s'agissait non seulement d'avoir un repérage pour fixer en place correcte l'aréole et le mamelon, mais surtout d'avoir une *méthode*

(1) Société de Médecine de Paris 1935.

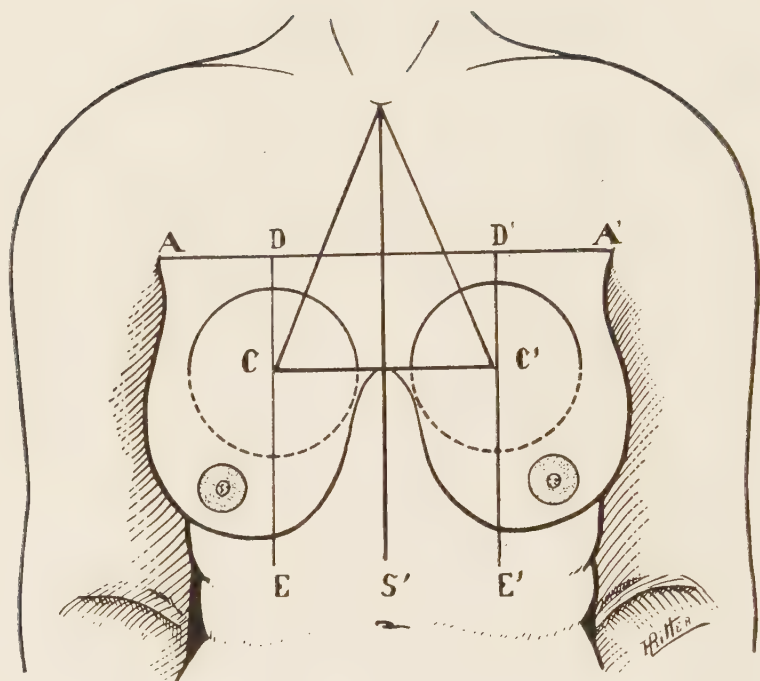


Fig. 41. — Mesures pré-opératoires d'après les méthodes Dartigues et Lagarde

d'orientation qui s'adapte à tous les cas particuliers et permette de se diriger au cours même de l'opération, le sujet étant en position couchée.

Nous avons vu que la position des seins est variable. N'existe-t-il pas des seins haut et bas situés, dont l'écartement varie suivant les individus ? La glande mammaire normale est également mobile sur le plan profond et quand elle est ptosée dans le décubitus, elle roule en bas et en dehors. C'est pourquoi le docteur Claoué pense que le repérage ne peut avoir qu'une valeur relative et non précise et qu'il n'est pour le chirurgien qu'un fil conducteur au cours de son opération.

TECHNIQUE DU TRACÉ TOPOGRAPHIQUE DU DOCTEUR CLAOUÉ.

On sait que la glande mammaire appartient embryologiquement et anatomiquement à la peau. Elle est mobile. Il est donc logique de ne s'adresser qu'à des repères appartenant à la région mammaire fonction de la mobilité et de la glande elle-même.

On place le sujet en position allongée, les mains sur les hanches. (Fig. 42, 43).

Au crayon dermographique, on trace :

1° Une ligne horizontale *sus-mammaire*, passant par les sillons *sus-mammaires*, qui apparaissent en position couchée et sont nettement marqués dans les cas d'hypertrophie ;

2° Une ligne horizontale *sous-mammaire*, passant par les sillons de même nom ;

3° Une verticale *médio-sternale* ;

4° Une ligne oblique partant du bord externe de la saillie au grand pectoral pour aboutir à l'angle *sterno-sous-mammaire* ;

5° Une ligne horizontale passant par le milieu de la ligne *sterno-médiane*, celle-ci s'entrecroisant avec l'oblique *pectoro-sternale*.

Sur le sein ptosé, on constate, en position couchée, mains sur les hanches, que la région *aréolo-mamelonnaire* se trouve au niveau ou au-dessous de l'horizontale menée par le milieu de

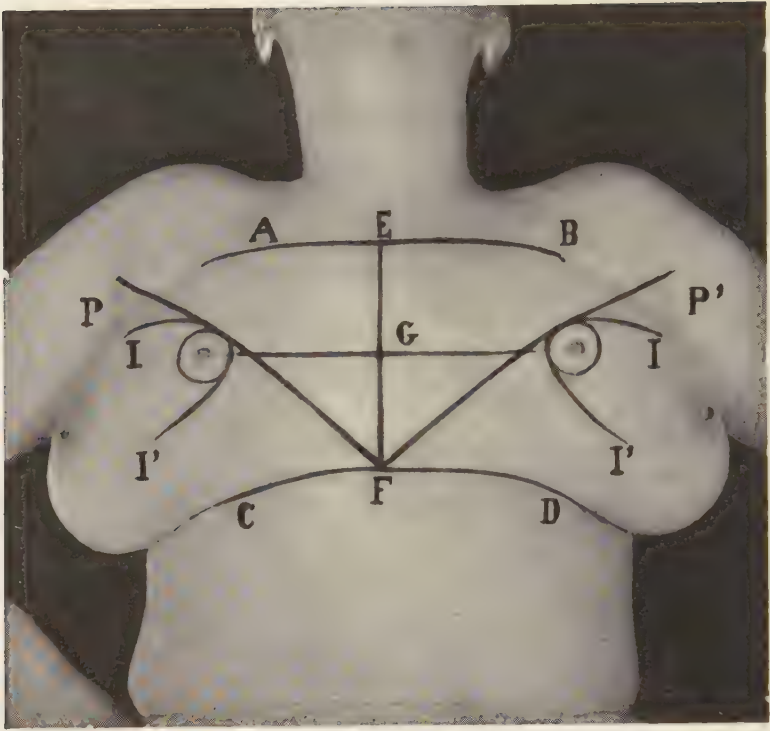


Fig 42. — Repérage du D' Claoué en vue de l'opération plastique mammaire

A.-B. : ligne sus-mammaire.

C.-D. : ligne sous-mammaire.

G. : milieu de la ligne médio-sternale E.-F.

P.-F. : ligne oblique unissant le bord externe du muscle grand pectoral avec l'angle C.F.G.

I.-I. : horizontale médio-sternale.

I. : ligne demi-circulaire d'emplacement du transport aréolo-mamelonnaire.

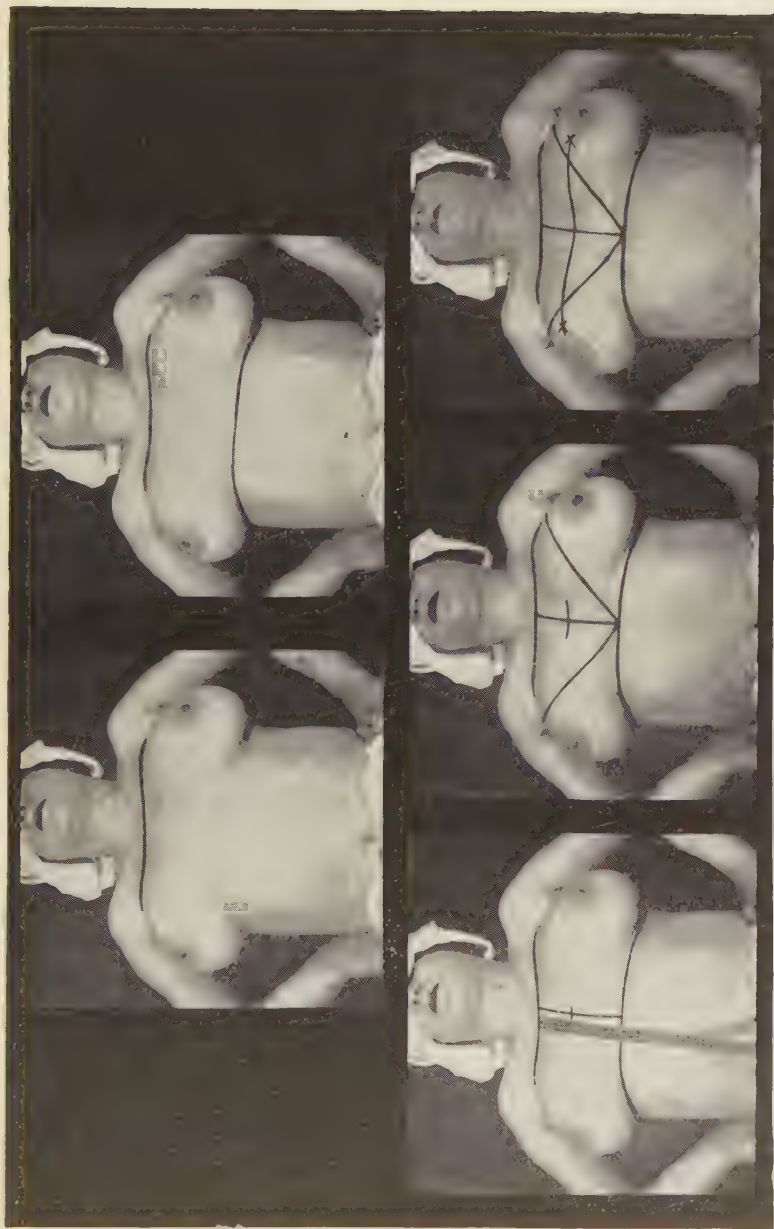


Fig. 43. — Filmogramme du tracé topographique en vue de repérage en Chirurgie réparatrice mammaire.

Position couchée mains sur les hanches ; 1° Ligne unissant les deux sillons sous-mammaires ; 2° Ligne unissant les deux sillons sous-mammaires ; 3° Une verticale médio-sternale unit ces deux lignes. On en prend le milieu avec un centimètre ; 4° L'oblique unissant le bord externe du muscle grand pectoral avec l'angle sterno-sous-mammaire ; 5° L'horizontale médio-sternale se croise avec l'oblique pectoro-sternale. C'est en dehors du croisement que doivent être placés les mamelons (d'après C. Cloué).

la verticale sternale. Elle est toujours très en dehors de la ligne oblique pectoro-sternale. (Fig. 44).

Sur le sein normal, on constate, dans la même position, que la région aréolo-mamelonnaire se trouve au niveau et souvent au-dessous du croisement de l'horizontale menée par le milieu de la verticale sternale avec l'oblique pectoro-sternale.

En somme, le chirurgien doit s'efforcer de placer la région aréolo-mamelonnaire au niveau, ou mieux, légèrement au-dessous et en dehors de l'entre-croisement des deux lignes pectoro-sternale et horizontale médio-sternale que nous avons décrites.

L'expérience seule permet d'affirmer l'utilité d'une méthode. Ces lignes de repère ont été utilisées dans la technique opératoire du docteur Claoué, dans plus de cent cas avec un bon résultat.

QUELLES CONDITIONS L'OPÉRATION PLASTIQUE DES SEINS DEVRA-T-ELLE REMPLIR ?

Les notions anatomiques nous ont fourni d'abord les éléments du mécanisme de la chute de la poitrine, ensuite ceux du repérage nécessaire à l'orientation en cours d'opération. Il est évident qu'elles doivent fournir les données qui permettront d'assurer rationnellement la *reconstruction*, la *suspension* et l'*esthétique* de la glande néo-formée, avec le *minimum de cicatrices*.

Nous avons constaté :

1° Que la poitrine ptosée *tombe en bas et en dehors et s'hypertrophie de même* ;

2° Que la chute de la poitrine est due à l'*élongation du fascia superficialis*, appareil suspenseur de l'organe ;

3° Que la nutrition aréolo-mamelonnaire est assurée *superficiellement* (Schwartzmann) et plus profondément par un *pédicule supéro-interne* (Kauffmann) ;

4° Que les *nerfs* cheminent *superficiellement* ;

5° Que l'*espace rétro-mammaire* est *clivable* (espace de Chas-saignac) ;

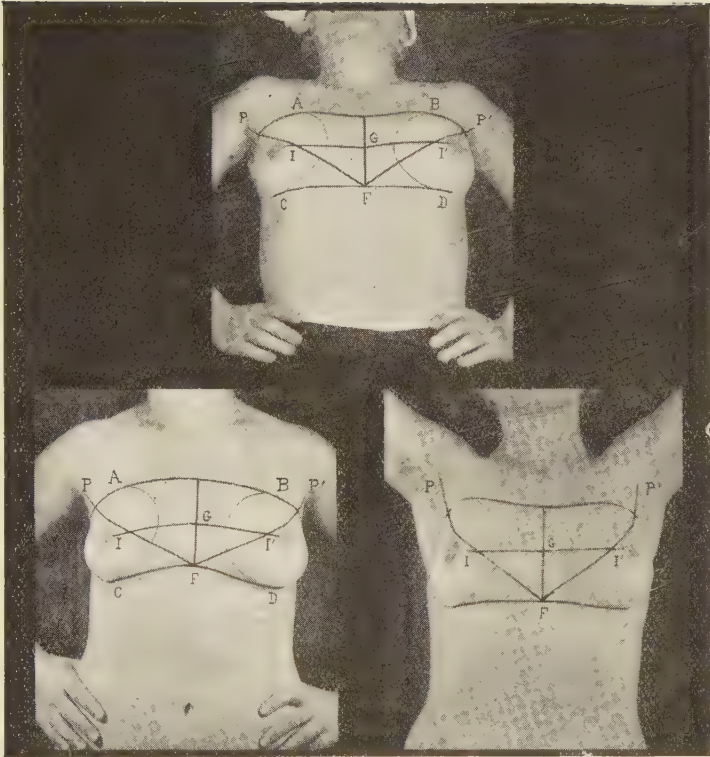


Fig. 44. — Sur la poitrine normale, les lignes de repère de la technique Claoué sont mobiles selon la position du sujet.

En haut, repérage dessiné en position couchée, mains sur les hanches.

En bas et à gauche, position debcut, mains sur les hanches, remarquer la modification des lignes.

En bas et à droite, modification des lignes par suite de l'élévation des bras dans la position mains derrière la tête.

La ligne circulaire indique les limites de la glande mammaire.

6° Que les canaux galactophores aboutissent au mamelon ;

7° Que la peau péri-aréolaire donne la meilleure cicatrice.

On comprend donc qu'une opération plastique rationnellement conçue doit répondre aux données que nous venons d'exposer et qui sont réalisées par les temps suivants :

1° *Réssection de la glande* au travers d'une voie d'accès aussi large que possible, mais dont la trace pourra être confondue avec une cicatrice de fermeture aussi réduite que possible ;

2° *Reconstruction d'un ligament suspenseur*, pour remplacer le fascia superficialis déficient ;

3° *Conservation de la nutrition* de l'aréole et du mamelon ;

4° *Conservation de l'innervation* ;

5° *Conservation d'une portion de la glande* et des canaux galactophores correspondants ;

6° *Conservation de l'espace clivable* rétro-mammaire ;

7° *Obtention d'une cicatrice* aussi minime que possible et voisine de l'aréole ;

8° *Possibilité de retouches* post-opératoires, faciles à exécuter.

L'opération du docteur Claoué répond à ces données du problème. Elle a déjà été exposée dans ses principes dans le journal des « *Sciences médicales* » (28 février 1933 et 15 août 1933)), dans « *L'Activité scientifique et médicale* » (juillet 1934), au *Congrès de Chirurgie* 1934, au *Congrès roumain de Chirurgie* (Congrès de la Petite Entente, 1934) à la *Société de Médecine de Bordeaux* (mars 1935) et à la *Société de Médecine de Paris* (23 février, 23 mars, 29 juin 1935) dans le *Kosmétologische Rundschau* (1935), au *Cours international de Chirurgie réparatrice*, sous les auspices de la Faculté de Médecine de Prague (1934 et 1935).

La technique opératoire du docteur Claoué se caractérise par les principes suivants :

1° *La voie d'accès, arciforme interne, est fonction de la*

position ultérieure de l'aréole transplantée. Elle est réunie à l'incision péri-aréolaire par une incision transversale. Cette voie d'accès permet de conserver le maximum possible de peau, tout en donnant une large vue sur la glande que l'on extrait de sa coque cutanée ;

2° *La conservation du chorion*, suivant une large bande en éventail, supéro-interne et inféro-interne, en continuité avec la peau, *forme la lame vasculaire suspensatrice* ;

3° Les vaisseaux superficiels (Schwarzmann) et supéro-internes (Kauffmann) sont respectés, comme l'innervation, par conservation du chorion et de la partie interne de la glande ;

4° *La résection*, dans les cas d'hypertrophie, porte non seulement sur toute la partie supéro-externe de la glande, mais aussi sur l'épaisseur du moignon restant et son bord inférieur. Les canaux galactophores correspondant au moignon glandulaire sont également respectés ;

5° La réfection de la glande est assurée par *rotation sur lui-même*, en deux mouvements, du moignon glandulaire restant ;

6° *La suspension de la glande se fait au chorion* ou lame vasculaire suspensatrice. On ne cherche pas à suturer au grand pectoral. On laisse persister l'espace clivable rétro-mammaire et le principe anatomique du caractère cutané de la glande mammaire ;

7° L'habillage cutané et la fermeture sont concentrés autour de l'aréole *sans traction de la peau*. Tout le système reconstruit est maintenu en bloc par des bandes d'élastoplaste (pansement orthopédique élastique) qu'on laisse à demeure, pendant plusieurs semaines ;

8° *La dissection superficielle et de la peau entraîne sa rétraction secondaire*, en surface, et la formation après quelques mois, d'un *panicule adipeux*. Ainsi disparaissent, par deux mécanismes biologiques secondaires, les plis et les fronces post-opératoires.

Cette technique, répondant au problème anatomique posé, ne saurait être confondue avec les opérations à résection glandulaire externe, comme celle de Hollander (*résection d'un seul segment glandulaire externe en V*) ou celle de Biesenberger et ses dérivés (*résection en S*) à *convexité inférieure emboîtée*

dans une concavité supérieure et fermeture cutanée en T renversé.

Ces techniques ne résolvent pas le problème selon la conception anatomique. Elles ne répondent pas au principe fondamental de l'esthétique, qui s'efforce d'avoir le minimum de cicatrices. Or, on sait combien la pratique montre leur envahissement habituel par la chéloïde... Quel objet, par la suite, de lamentations et de regrets !

En résumé :

Faire, après large décollement, une résection glandulaire dans toutes ses parties, pour rendre possible l'enroulement sur lui-même du moignon glandulaire restant ;

Refaire un ligament suspenseur ;

Tourner le moignon glandulaire sur lui-même pour reconstituer la glande ;

Concentrer la cicatrice de fermeture autour de l'auréole, pour ne laisser qu'une trace opératoire minime ;

Disséquer superficiellement la peau de couverture, dont on a soin de ne réséquer qu'une très faible portion, pour permettre sa rétraction en surface et son modelage dans la distribution cutanée à laquelle fait suite la formation d'un panicle adipeux secondaire.

Telles sont les idées directrices de la technique du docteur Claoué.



Dans ce mémoire, nous nous sommes efforcés de montrer ce que l'anatomie pouvait apporter à la chirurgie réparatrice de la poitrine. Nous nous sommes efforcés de préciser les principes d'esthétique qui doivent guider l'acte opératoire.

Il ne faut absolument pas signer cette intervention par des cicatrices intéressant la région inter-mammaire, les régions latéro-thoraciques et sous-mammaires. Ces cicatrices sont généralement défectueuses et quelle sera, dans ce cas, la situation morale de ces opérées au cours de la vie sociale ?

Si l'anatomie justifie la réfection d'un nouveau ligament suspenseur auquel on accroche le moignon glandulaire enroulé sur lui-même, elle fait comprendre qu'il est inutile et que sans doute c'est une erreur de conception, de l'accrocher au pectoral comme dans la méthode classique. Il faut, de plus, s'attacher à construire une poitrine saillante, en bonne position, haute de préférence, surtout chez les sujets de petite taille.

On ne saurait trop insister, en terminant, sur l'importance d'un bon développement de la cage thoracique et des muscles pectoraux. Après l'opération, la culture physique (gymnastique de détente en particulier) s'impose pour assurer un bon étalement des tissus graisseux, surtout dans les fosses adipeuses, qui donnent aux contours rondeur et souplesse.

Le devoir du chirurgien est aussi de faire l'éducation de ses opérées, de leur entourage, d'attirer l'attention de toutes les mères sur l'importance *d'un bon équilibre endocrinien*, particulièrement à l'époque de la puberté. N'est-ce pas aux médecins de donner ces multiples conseils d'hygiène et de combattre les préjugés qui peuvent être la cause d'une psychose et d'une existence malheureuse ?

La médecine préventive, sans aucun doute, permettra un jour d'éviter l'apparition de ces difformités, qui attristent les individus et que l'on doit s'efforcer de faire disparaître du cadre de la nosologie.

TROISIÈME PARTIE

Les méthodes médicales en plastique mammaire

Les méthodes médicales en plastique mammaire

L'Opothérapie mammaire dans ses rapports avec la physiologie endocrinienne

A l'avant-garde de l'activité chirurgicale, les travaux français semblent ouvrir le chapitre du Traitement médical de la ptose et des difformités mammaires.

Le problème a été, en effet, au cours du siècle dernier et au début du XX^e siècle, l'objet de la préoccupation d'un très grand nombre de chercheurs.

Les solutions médicales proposées les premières, ont laissé la place aux solutions chirurgicales, par échec de leurs résultats.

Mais ces solutions médicales, objet de la troisième partie de notre ouvrage, reprennent tout leur intérêt depuis que des travaux scientifiques récents ont démontré les rapports étroits de la glande mammaire avec les glandes endocrines.

On peut, dès lors, envisager la prévention des difformités mammaires dès la puberté.

CHAPITRE PREMIER

Considérations sur les solutions médicales

Les premiers chercheurs se sont attachés à résoudre le problème de la correction de la ptose mammaire sous différentes formes : *applications locales, compression, action à distance, enfin méthodes médicamenteuses.*

1° APPLICATIONS LOCALES. — Dès l'abord, on a proposé l'action des cataplasmes, des lotions opiacées ou saturninées, des badigeonnages à la teinture d'iode, des frictions sèches ou alcoolisées. Ces traitements locaux ont été particulièrement décrits par SENNERT. Celui-ci faisait des applications de myrthe ou de menthe, cuits dans le vin ou le vinaigre, ou bien encore, de pâtes composées de céruse de borax, de camphre, de mucilage, de gomme adragante, d'huile de myrte. L'expérience a montré qu'il faut bien se garder d'utiliser les narcotiques, tels que la ciguë ou la jusquiame. « Ils sont contre-indiqués parce qu'ils affaiblissent la chaleur naturelle et s'opposent à la fonction galactopoïétique ».

2° MÉTHODES PAR COMPRESSION. — Elles apparurent ensuite et furent préconisées par BONNET, qui les réalisait à l'aide de

moules en plomb, adaptés sur les seins après un enduit d'huile de jusquiame.

3° MÉTHODES PAR ACTION A DISTANCE. — Elles consistent en particulier à provoquer une dérivation. On a proposé les sangsues, les révulsifs, les purgatifs, les laxatifs, les emmenagogues (Van SWIETEN) voire même la saignée générale au bras et au pied. Ces méthodes ont trouvé une créance d'autant plus grande, qu'on observa que les saignées de 300 à 400 grammes portant sur les membres inférieurs, avaient pour action de ramener les règles, d'où effet secondaire sur la glande mammaire.

4° THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE. — Celle-ci joue un rôle important. Au premier plan, citons le traitement iodé employé en applications locales, c'est-à-dire en badigeonnages à la teinture d'iode, en pommades à base d'iodure de mercure, ou de potassium, ou d'iodhydrate de potasse.

Cette thérapeutique médicamenteuse est également préconisée en absorption par HARDY qui l'a formulée à doses élevées, 20 gouttes par jour d'emblée ; tandis que LUGOL conseille un traitement de longue durée mais à dose très faible, c'est-à-dire quelques milligrammes par jour.

SKUBERSKY à son tour concilie les deux méthodes en adjoignant aux ingestions d'iode des applications iodées.

5° MÉTHODES PAR EXCITATION FONCTIONNELLE. — En vue de réduire l'hypertrophie mammaire, on s'est efforcé de provoquer artificiellement la production de lait par aspiration et excitation du mamelon. Cette méthode due à FINGERHUTH donnerait un résultat au bout de trois à six semaines.

VELPEAU est allé plus loin en conseillant la grossesse.

6° MÉTHODES ÉLECTRIQUES. — Ces dernières ont pris rapidement une place importante. JUHLE (de Stockholm) a employé la radiothérapie (durée du traitement 15 jours) ; le professeur

LERICHE expose les seins ptosés aux rayons U. V. d'une lampe à vapeur de mercure 10 minutes par semaine, pendant 6 semaines. Enfin, les hypertrophies mammaires liées à des inflammations chroniques, sont traitées à la clinique du docteur Claoué par les ondes courtes.

7° LA GYMNASTIQUE. — Elle entraîne une correction de la ptose mammaire par développement des muscles pectoraux, par renforcement du tonus des ligaments suspenseurs du sein et par une juste distribution des panicules adipeux.

Parmi les mouvements proposés, on insiste en particulier sur le fléchissement alternatif des bras fléchis, l'étirement des bras en arrière (mouvement à l'exerciseur de face et de dos), l'exercice dit de « la grimace » ayant pour but la contraction rythmée du peaucier de la face et du cou. Ces derniers très efficaces consolident le fascia superficialis entourant le peaucier du cou qui se continue, nous le savons, sur le bord antérieur de la clavicule, pour former le ligament suspenseur du sein.

8° L'HYDROTHERAPIE. — Elle donne de bons résultats. Les ablutions froides, faisant partie de la toilette journalière, suivies de lotions astringentes, par exemple à l'alcool camphré réussissent à corriger des ptoses extrêmement légères et sont excellentes à titre préventif. Les auto-doucheurs dont un grand nombre de modèles existent dans le commerce ont l'avantage d'associer l'ablution froide au massage circulaire de la glande.

L'expérience montre que ces méthodes médicales sont pour la plupart une conséquence de l'empirisme : elles n'ont aucun effet sur la ptose mammaire définitive. Elles agissent sans doute sur la naissance de la ptose mammaire associée à des agents pathogènes ou à des phénomènes congestifs ; mais par action beaucoup plus active, sur l'élément maladie, que sur la difformité.

Cependant, la solution médicale de l'hypertrophie mammaire, semble prendre un renouveau d'actualité, vue au travers de la physiologie et des relations endocriniennes. Cette manière de voir fait l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE II

La solution médicale fonction de la physiologie de la glande mammaire

L'opothérapie mammaire

Il peut paraître indispensable dès l'abord, de consacrer une partie de cet ouvrage à l'étude du mécanisme physiologique de la glande mammaire. Cette étude semble devoir être dominée par la principale fonction apparente, c'est-à-dire par la sécrétion lactée ou sécrétion externe de la glande. Cependant, dans l'état actuel de la science, on peut trouver à la glande mammaire, une autre fonction : organe d'excrétion, c'est-à-dire organe spécialisé pour l'élimination de la caséine, du lactose, des glycérides à acides volatils, de l'acide citrique. La glande se comporte comme un rein, comme un organe d'excrétion pour un certain nombre de composés tant *minéraux qu'organiques*. Parmi les minéraux, les sulfates dominent ; l'urée, les corps puriques, la créatine, la créatinine, sont les corps dominants des composés organiques. (PORCHER).

Enfin, on sait que certains médicaments, certains toxiques s'éliminent également par la glande mammaire.

Bien mieux, un certain nombre de chercheurs, se sont demandés si la glande mammaire était quelque chose de plus qu'une glande de sécrétion et d'excrétion; ne serait-elle pas une *glande à sécrétion interne* ?

Aucune hormone n'a pu, sans doute, être isolée jusqu'à ce jour. Mais les travaux de FERRIER, effectués sous la direction et avec la collaboration de DAUSSET, dans le service central de physiothérapie de l'Hôtel Dieu, sur la d'Arsonvalisation endocrinienne, permettent d'affirmer que tout se passe comme si la glande mammaire exerçait une action sur le cycle endocrinien. Ces études, réunies dans la thèse du Docteur JARRY, font ressortir la liaison qui unit la physiologie et l'opothérapie.

Le résultat de ces recherches, a apporté la conception d'une thérapeutique physiothérapique des difformités mammaires, ce qui nous a amené logiquement à envisager le problème dans le sens physiologique général, et non pas dans le cadre étroit de la sécrétion lactée. Le fonctionnement de la glande, par rapport à l'économie générale semble un problème opothérapique, d'où nous pourrions tirer d'utiles indications en vue de la solution médicale du problème.

La synergie de la glande mammaire et des ovaires

La synergie, entre la glande mammaire et les ovaires, est physiologiquement évidente. Cette association pour l'accomplissement d'une même fonction, ressort des constatations suivantes :

1° On sait qu'à l'époque de la puberté, les seins subissent leur premier développement. L'expérience montre que l'ovariectomie, pratiquée à cet âge, supprime toute évolution de la glande mammaire.

2° Toute époque pré-menstruelle provoque une congestion des glandes mammaires. Elle se manifeste par des picotements au niveau du mamelon, des sensations de tension dans les seins. Tous ces phénomènes disparaissent après les règles.

3° L'aménorrhée des jeunes filles provoque souvent une sécrétion lactée pouvant simuler une gestation. Les seins peuvent alors s'hypertrophier considérablement. On ne saurait trop insister sur ces cas troublants d'hypertrophie mammaire chez les jeunes filles constituant une maladie connue sous le nom d'*hypertrophie mammaire de la puberté*.

4° L'expérience montre que des injections de folliculine répétées à des souris femelles provoquent la congestion de la glande mammaire et la multiplication cellulaire pouvant même se transformer assez rapidement en cancer ; chez les souris mâles castrées, LACASSAGNE a reproduit les mêmes expériences et obtenu les mêmes résultats. Enfin la greffe d'ovaire produit les mêmes modifications.

5° Au moment de la ménopause, des troubles sécrétoires

apparaissent ; ils sont la signature de l'insuffisance ovarienne.

6° La plupart des dysménorrhées ont un retentissement sur la glande mammaire par exemple sous la forme de mammites et d'adénomes.

7° On sait que la plupart des femmes ne sont pas réglées pendant la lactation et que la suppression de l'allaitement ramène les règles. Aussi en une formule imagée PETIT-DUTAILLIS a expliqué ce phénomène comme suit : « Ils sont, dit-il, (les seins et les ovaires), à couteau tiré, la grossesse terminée.

8° Cette synergie fonctionnelle trouve une confirmation démonstrative dans cette observation de VOGT : Une femme, rapporte-t-il, ayant été gravement brûlée aux seins constata la suppression de ses règles et une sécrétion concommittante de lait.

Après guérison de la plaie, les règles réapparurent et la sécrétion lactée disparut.

9° Les injections d'extraits mammaires ont produit l'atrophie des ovaires et de l'utérus (expérience de FEDOROW, SCHIFFMANN et VYSTAVEL). Enfin l'injection d'extraits mammaires peut provoquer l'avortement.

Les faits que nous venons d'énumérer imposent la constatation suivante dont l'importance ne saurait échapper : *La glande mammaire a une action freinatrice sur les ovaires.*

*
**

Mais en présence de tous ces faits d'expériences et de ces observations, on s'est demandé sous qu'elle dépendance pouvait se trouver cette synergie, cette action réciproque des seins et des ovaires.

Pensant que cette synergie dépendait du système nerveux, un certain nombre d'expériences justificatives ont été tentées.

En 1853, ECKHARD, réséqua chez une chèvre, les rameaux inférieurs et moyens du nerf spermatique externe. Il n'y eut

aucun trouble de la sécrétion. Cependant l'excitation d'un rameau de ce nerf, amena l'érection du mamelon, tandis que l'excitation des autres filets, provoqua des modifications circulatoires et des phénomènes de sécrétion.

On a pratiqué d'autres expériences sur la chienne. L'excitation périphérique du nerf mammaire provenant des quatrième et cinquième paires lombaires amène un abaissement de la pression sanguine dans l'artère mammaire et en comprimant les mamelons on obtient une sécrétion lactée. Ce nerf serait donc vasodilatateur et sécréteur.

En 1867, ROHRIG et LAFFONT reprirent ces expériences et démontrèrent l'influence prépondérante des nerfs vasomoteurs pour conclure à la sécrétion continue après leur section.

Ce fait explique la curieuse expérience de RIBBERT. Il excisa la glande mammaire et la transporta, par greffe libre dans l'oreille de la lapine. Cinq mois après la lapine ayant mis bas, cette glande transplantée secréta du lait.

On rapporte (HAVELOCK-ELLIS) qu'une femme après destruction accidentelle de la moelle épinière au niveau des cinquième et sixième dorsale, put cependant allaiter parfaitement.

Une chienne chez laquelle GOLTZ avait pratiqué la résection de la moelle dorso-lombaire d'où dégénérescence de tous les filets nerveux se rendant à la glande, secrétait une quantité normale de lait après la mise bas, par conséquent en l'absence de toute influence nerveuse.

En 1903 MIRONOFF au cours d'expériences sur la chèvre, obtint, malgré la résection complète des nerfs de la mamelle une sécrétion lactée normale au moment de la naissance.

En présence de ces faits que doit-on penser ?

Tout d'abord que l'influence du système nerveux central et même sympathique n'a qu'une influence des plus réduites. Le système nerveux se présente comme un élément excitateur et régularisateur de la sécrétion.

On sait l'influence de certains phénomènes psychiques sur la sécrétion lactée : la peur, par exemple, ne peut-elle pas arrê-

ter la sécrétion du lait ? La vue d'une autre nourrice allaitant ne peut-elle pas au contraire l'augmenter ?

La synergie ovaro-mammaire ne trouvant pas d'explication dans le mécanisme du système nerveux, les chercheurs ont pensé que les phénomènes de physiologie mammaire étaient sous la dépendance d'une hormone. Mais les avis sont tellement divergents à ce sujet qu'il est bien difficile d'être affirmatif sur ce chapitre. Les faits sont cependant formels : ils démontrent l'influence des glandes endocrines sur la glande mammaire et réciproquement l'influence de la glande mammaire sur l'équilibre endocrinien.

C'est pourquoi nous ne pouvons terminer ce chapitre sans développer et attirer l'attention sur la manifestation pathologique la plus démonstrative de cette synergie ovaro-mammaire appelée *l'hypertrophie mammaire de la puberté*.



L'hypertrophie mammaire de la puberté fait son apparition en général chez les jeunes filles de onze à seize ans. Les seins grossissent tout à coup d'une façon disproportionnée. Saillants et fermes, ils s'affaissent bientôt et se pédiculisent, se transformant en besaces informes, tombant jusqu'à l'ombilic, le pubis et même les genoux ! Au niveau des seins, apparaissent des douleurs parfois brusques à faire crier, parfois sourdes et lancinantes. La gêne de la respiration peut exister et augmenter d'une façon disproportionnée, surtout quand le sujet est couché sur le dos. Cette gêne respiratoire peut aller jusqu'à l'apparition de crises d'étouffement dans les cas extrêmes. Des troubles de la phonation peuvent faire leur apparition et même des phénomènes généraux graves, tels : amaigrissement, pâleur, troubles digestifs, somnolence jusqu'au coma, a-t-on signalé.

Cette maladie peut avoir une suite fatale. Les malades peuvent succomber soit à une affection intercurrente, soit à une complication locale : abcès, gangrène, transformation fibro-

mateuse et kystique. On rencontre très souvent des lésions inflammatoires, suppuratives et des lésions cutanées.

Cette maladie ne se traduit heureusement, dans la majorité des cas, que par l'hypertrophie mammaire et les cas extrêmes ne sont vraiment que l'exception, d'autant plus que l'on peut en arrêter l'évolution.

Cette maladie présente plusieurs formes cliniques :

1° Dans la généralité des cas, la forme évolutive est lente ;

2° Certaines formes sont à début rapide. On cite des cas d'hypertrophie foudroyante où les seins ont atteint un volume considérable en une seule nuit. Cette hypertrophie découverte le matin au réveil peut être unilatérale et même bilatérale.

Le pronostic de cette maladie est toujours sérieux si on n'intervient pas. C'est une infirmité grave. La grossesse, dans bien des cas, ne parvient pas à terme.

La pathogénie de cette affection est obscure ; la maladie paraît héréditaire ; les ovaires sont augmentés de volume. Certains auteurs pensent trouver une explication dans le gigantisme du sein, mais l'étude de la physiologie mammaire explique ces faits curieux par l'excès de sécrétion interne, ce serait l'excès de folliculine qui suffirait à expliquer l'hypertrophie.

*
**

Ainsi les faits physiologiques et l'observation clinique nous ont apporté des données précieuses sur la synergie des ovaires et de la glande mammaire. Il nous reste maintenant à étudier comment s'exerce l'influence des différentes glandes endocrines sur la glande mammaire.

Influence des glandes endocrines sur la glande mammaire

L'exposé que nous venons de faire sur la synergie physiologique de la glande mammaire et des ovaires, se complète naturellement par l'étude de l'influence des diverses glandes à sécrétion interne sur la glande mammaire.

Aussi allons-nous étudier successivement et systématiquement l'action que les ovaires, le placenta, le fœtus, les testicules, la glande prostatique et les principales glandes endocrines, la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse peuvent exercer sur la glande mammaire.

De cette étude ne pourrions-nous pas déduire des indications des idées directrices particulièrement précieuses à nos confrères en vue de la thérapeutique opothérapique mammaire?

1° INFLUENCE DES OVAIRES SUR LA GLANDE MAMMAIRE. — On sait que les ovaires secrètent deux hormones bien distinctes, la *folliculine* et la *lutéine* ou hormones du corps jaune.

Le corps jaune n'est qu'une formation spéciale résultant de la cicatrice de rupture du follicule; si l'ovule est fécondé, le corps jaune persiste, sinon la cicatrice régresse. ANCEL et BOUIN, dans les travaux qu'ils ont consacré à ce sujet, pensent qu'au début de la gestation c'est le corps jaune qui provoquerait le développement de la glande mammaire par l'action de son hormone la lutéine.

Selon l'évolution du corps jaune, on a pu classer les mammifères en deux catégories :

A) *Les mammifères à ovulation spontanée.* — Ceux-ci présentent deux variétés de corps jaunes : le corps jaune périodique à durée transitoire, et le corps jaune à durée plus longue, distinction qui se fait suivant que l'ovule a été ou non fécondée.

B) *Les mammifères à ovulation non spontanée.* — Ils n'ont ici qu'une variété de corps jaune apparaissant après un rapprochement sexuel ou provoqué par un coït non fécondant ou encore par rupture artificielle des follicules. Ces mammifères possèdent en outre une glande interstitielle qui n'est autre que le corps jaune périodique des mammifères à ovulation spontanée.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici les deux groupes d'expériences réalisées par ANGEL et BOUIN.

1° Dans un premier groupe d'expériences on prend un lapin mâle, rendu stérile par ligature des canaux déférents (d'où atrophie des vésicules séminales. On le met en présence de lapines vierges au moment de leur premier rut. La puissance génésique du mâle assurée, puisque la glande interstitielle des testicules est intacte, provoque après les rapports la formation des corps jaunes gestatifs par rupture folliculaire mais sans fécondation.

2° Deuxième groupe d'expériences. ANGEL et BOUIN provoquent artificiellement la rupture des follicules. Ainsi il y a formation de corps jaune dans l'organisme vierge.

Ces expériences ont apporté des données suivantes :

A) Dès la formation des corps jaunes on constate une hyperhémie considérable des mamelles d'où accroissement de volume et augmentation des acinis de la glande.

B) Le maximum de développement de la glande mammaire a lieu quand les corps jaunes sont à la fin de la période d'état, de telle sorte que l'on peut dire que l'involution de la glande mammaire coïncide avec celle du corps jaune.

C) Mais quand il y a grossesse, les glandes mammaires présentent une phase sécrétoire.

De ces expériences il faut retenir que le corps jaune ne nous fournit pas l'explication complète du problème cinétique, c'est-à-dire de la multiplication des éléments constitutants de la glande mammaire.

La lutéine, principe actif est-elle une hormone cinétique ?

Et d'où provient l'hormone crisogène, c'est-à-dire l'hormone de la sécrétion ? ANCEL et BOUIN pensent qu'elle provient de la glande myométrale. Mais cette hypothèse semble peut-être contestable puisque la lactation existe chez les femelles en état de gestation, chez les vierges, et même chez les mâles.

La folliculine semble jouer un rôle essentiel. Son taux n'augmente-t-il pas au cours de la grossesse ? Ne diminue-t-il pas après l'accouchement pour bientôt disparaître ? La folliculine semble donc avoir une action inhibitrice sur la sécrétion lactée. Les expériences de L. HISAW sont démonstratives à cet égard. Elles consistent à soumettre des cobayes femelles à l'action prolongée d'injections quotidiennes de folliculine. Les mamelles atteignent bientôt un développement égal à celui qu'elles présentent normalement à la fin de la gestation, mais on ne trouve pas une trace de la sécrétion lactée. Mais si l'on arrête les injections, la sécrétion lactée apparaît. Ces expériences montrent donc que la *variation du taux folliculinique dans l'organisme a un effet efficient sur le développement mammaire et la sécrétion lactée.*

On explique ainsi le développement des glandes mammaires à la puberté qui se fait sous l'influence de la folliculine, comme d'ailleurs au moment de la grossesse. Quant à la lutéine, si elle participe sans doute, à l'hyperplasie glandulaire, son rôle n'apparaît que comme accessoire.

2^e INFLUENCE DU PLACENTA SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

On a pu isoler du placenta deux hormones : une folliculine, et une *gonado-stimuline* semblable à celle sécrétée par l'anthypophyse. Cet organe a une influence sur la sécrétion lactée, ce qui explique l'instinct de certains animaux comme la vache, la truie, la chienne, qui, après la naissance de leurs

petits mangent leur placenta. Cette ingestion donne un coup de fouet et active la sécrétion lactée. L'expérience montre que les extraits placentaires ont une action excitante et non déterminante sur la sécrétion lactée. Après quelques mois, l'action est bien moindre. En somme, il faut considérer le placenta, organe transitoire, comme un excitant également transitoire de la sécrétion lactée fonction transitoire elle-même.

3° INFLUENCE DU FOETUS SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

Certains ont prétendu que le fœtus sécrétait une hormone inhibitrice qui empêcherait la sécrétion lactée de s'établir avant son expulsion. Or, ce fait n'est pas absolument exact. On signale des cas de lactation avant la libération, la présence de lait chez les femmes vierges, chez les femmes après la ménopause, chez les nouveaux-nés et quelques cas ont été cités chez les hommes.

4° INFLUENCE DU TESTICULE SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

Ayant constaté l'apparition de la gynécomastie après la castration, après l'orchite ourlienne ou syphilitique et même dans les cas de tumeur du testicule, on en conclut que le testicule sécréterait une hormone inhibitrice du développement de la glande mammaire.

5° INFLUENCE DE LA GLANDE PROSTATIQUE SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

On pense que la glande prostatique aurait également une action inhibitrice et dans la littérature médicale, on rapporte le cas d'une gynécosmastie chez un homme de 70 ans après prostatectomie.

6° INFLUENCE DE LA THYROÏDE SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

La glande thyroïde joue un rôle certain dans le développement de la glande mammaire. « Elle est, comme l'a dit LÉOPOLD

LÉVY, le chef d'orchestre du concert endocrinien » et régularise l'effet de toutes les glandes endocrines.

Alors que le goître exophtalmique s'accompagne d'atrophie des seins, le myxoedème s'accompagne souvent de gynecomastie et DJEMIL PACHA rapporte même l'observation d'un myxoedème aigu, à la suite d'une opération de gynecomastie.

On sait également que chez les hypothyroïdiennes, la lactation est en général insuffisante et l'expérience montre que le traitement thyroïdien augmente la sécrétion lactée.

7° INFLUENCE DE LA SURRÉNALE SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

L'opothérapie surrénale provoque l'augmentation du volume des seins et du ventre à tel point qu'on pourrait penser à une grossesse si les règles n'étaient là pour écarter ce diagnostic. D'ailleurs l'*hypercortico-surrénalisme* est caractérisé par une adiposité générale et de l'hypertrophie mammaire. L'aménorrhée concomitante constitue un symptôme pseudo gravidique tel que l'on a appelé ces cas : *pseudo-grossesse hypersurrénalienne*.

8° INFLUENCE DE L'HYPOPHYSE SUR LA GLANDE MAMMAIRE.

BROUHA et SIMONNET ont insisté sur l'importance de l'hypophyse comme centre hormonal supérieur. D'après eux, il serait un espèce de cerveau régulateur de l'endocrinologie végétative et son rôle serait prépondérant dans les cas d'hypertrophie mammaire ; car on sait que les insuffisances anté-hypophysaires s'accompagnent d'un développement exagéré du tissu adipeux de la glande et naturellement de ptose de la masse mammaire.

Un certain nombre de faits viennent confirmer l'influence de l'hypophyse sur la mamelle :

On sait que l'hypophysectomie pratiquée avant l'accouchement empêche l'apparition de la lactation. Si elle est exécutée après l'accouchement et l'établissement de la sécrétion lactée, elle provoque au bout de deux ou trois jours, l'arrêt de cette

sécrétion. (Travaux de ALLAN, WILES, COLLIP et ses élèves.)

Au contraire, les injections d'extrait alcalin du lobe antérieur, lorsque l'organisme a été sensibilisé à la folliculine, font apparaître la sécrétion lactée. (Travaux de STRICHTER et GRUCHTER, NELSON et PFIFFNER, TURNER et GARDNER). Le lobe antérieur agit alors dans ces cas sur la glande mammaire par l'intermédiaire d'une hormone lactogène, sécrétée par des cellules spéciales (cellules de grossesses) particulièrement larges et à protoplasme faiblement acidophile : le prolactin.

L'étude bio-physiologique du prolactin a montré qu'il s'agit d'une hormone polypeptique et protéique, non ultrafiltrable, comme la plupart des autres hormones anti-hypophysaires. Il est très thermostable, mais détruit par les ferments protéolytiques et provoque en injections chez le pigeon mâle l'atrophie testiculaire.

La sécrétion du prolactin ne se fait pas pendant la grossesse, par suite d'une inhibition hormono-nerveuse due à la folliculine gravidique (SMITH, COLLIP, NELSON) et à la distension utérine (COLLIP). Ces deux facteurs d'inhibition disparaissent au moment de l'accouchement. L'hypophyse commence alors à sécréter le prolactin, d'où l'apparition de la sécrétion lactée. Celle-ci paraît être entretenue par un stimulus à point de départ mamelonnaire qui est maintenu par la succion du nouveau-né au cours de ses tétées. Aussi l'excitant le plus sûr de la sécrétion lactée paraît être *l'excitant mécanique*. Rappelons que l'on a signalé l'apparition de la sécrétion lactée chez les vierges ou les mâles à la suite de succions prolongées ou de triturations du mamelon.

Comme toutes les glandes, la glande mammaire pour fonctionner au maximum doit être vidée. Cependant aucun de tous ces facteurs ne semble être, à lui seul, capable de déclencher la sécrétion lactée, il faut qu'ils s'associent et coordonnent leur action pour assurer le fonctionnement physiologique de la glande (Madame MULON).

*
**

Influence des glandes endocrines dans l'obésité mammaire

Lorsqu'elles s'accompagnent d'une obésité générale, les obésités mammaires proviennent habituellement d'une insuffisance thyroïdienne.

Lorsqu'elles s'accompagnent de l'obésité abdominale simple (bassin, fesses, région trochantérienne) les obésités mammaires proviennent en général d'une insuffisance ovarienne.

Lorsqu'elles s'accompagnent de la ptose abdominale et de l'obésité du bassin, les obésités mammaires proviennent en général d'une insuffisance hypophysaire antérieure. Cette dernière glande est des plus importantes pour le bon équilibre féminin. On sait que l'anté-hypophyse agit :

- 1° sur la tonicité du tissu élastique,
- 2° sur la résistance du tissu élastique,
- 3° sur la répartition de la graisse.

Ainsi s'explique-t-on, les phénomènes congestifs de la ménopause, donnant cette sensation de gonflage (femmes accordéon), qui sont arrêtés net par l'opothérapie hypophysaire. C'est ce qui explique que dans le syndrome adiposogénital, la femme localise sa graisse au niveau des seins dont le système élastique s'atrophie.

*
**

De toutes les considérations que nous avons exposées, nous pensons que l'on peut tirer des faits concluants et précis :

1° Le développement de la glande mammaire est dû à la folliculine et la sécrétion lactée ne peut s'établir que lorsque la glande a acquis un développement suffisant.

2° La sécrétion lactée ne dépend pas de l'expulsion du fœtus mais semble dominée et provoquée après l'accouchement par la suppression de la folliculine.

3° L'hormone sexuelle mâle a une influence inhibitrice sur le développement de la mamelle, fait confirmé par la possibilité expérimentale du développement de la mamelle chez le mâle soit par castration, soit par féminisation par greffe ovarienne.

4° La sécrétion lactée peut être modifiée après son établissement. Si les extraits de glande mammaire en activité, de placenta agissent efficacement, l'utilisation d'extraits de l'hypophyse constituent le meilleur excitant par action directe sur les fibres lisses des parois des alvéoles mammaires.

5° Une fois la sécrétion lactée établie, la glande mammaire se comporte comme une glande autonome et le maintien de la sécrétion lactée ne dépend plus que de la glande elle-même.

Les données que nous avons exposées, nous permettent de donner par déduction des directives thérapeutiques.

1° Il est possible d'obtenir un développement normal des seins par l'opothérapie folliculaire (de 10.000 à 50.000 unités internationales par mois en injections) chez une jeune femme ou une jeune fille.

2° Il est possible d'obtenir la sécrétion mammaire, par injection de prolactin (150 unités-pigeons le premier jour et 100 unités le lendemain en injection intra-musculaires (KURZOK, BATES, RIDDLE, MILLER).

3° Il est possible d'augmenter la sécrétion mammaire par ingestion ou injection d'extraits mammaires et placentaires employés séparément ou associés.

4° Il est possible d'associer et de combiner les traitements pour obtenir des modifications morphologiques, l'opothérapie agissant comme élément déclancheur ou catalytique du fonctionnement endocrinien. Citons l'histoire de cette jeune fille que nous avons vue à la clinique du docteur CLAOUÉ. Agée de 22 ans, elle avait une atrophie des seins. Elle a été traitée par quatre injections opothérapiques qui n'ont pas été continuées

à cause de la période des vacances. A son retour, deux mois après le Docteur CLAOUÉ a constaté une augmentation évidente du volume des seins et l'amincissement des hanches. Cette observation démontre l'*action catalytique du traitement opothérapique par défaut ou par excitation*, dans le cas où les glandes à sécrétion interne un peu défectueuses, ont reçu le traitement nécessaire à leur bon fonctionnement.

La formule hypophyso-ovarienne employée dans ce cas était la suivante :

Extrait hypophysaire	10 parties
Extrait ovarien	15 parties

Nous concluons et pensons, à la suite de ces observations que dans les cas d'hypertrophie, selon le moment de la période menstruelle les extraits de corps jaunes sont à conseiller puis, par la suite, les extraits d'hypophyse et la folliculine.

On voit en somme, par l'exposé que nous venons de faire, que trois organes ont une influence prépondérante sur la glande mammaire : l'*hypophyse*, le *placenta* et les *ovaires*.

De plus, comme toutes les glandes endocrines sont solidaires les unes des autres, on conçoit que le traitement curatif des obésités ou des atrophies mammaires, sera celui des insuffisances endocriniennes qui leur ont donné naissance.

Le bénéfice que les médecins peuvent tirer de la connaissance des données de ce problème est considérable permettant d'acquérir une physiologie et une morphologie correcte de la poitrine.

III

Influence de la glande mammaire sur l'équilibre endocrinien

Le chapitre précédent est l'exposé de l'influence des diverses glandes endocrines sur la glande mammaire elle-même.

Quelle peut-être l'action de celle-ci sur le système endocrinien? Quels sont les résultats de l'expérience à ce jour?

Les observations portent sur deux méthodes :

1° l'utilisation d'extraits mammaires ou opothérapie mammaire ;

2° l'utilisation de la d'ARSONVALISATION *de la glande mammaire*.

Nous allons exposer successivement les résultats donnés par ces deux méthodes avant d'entreprendre notre conclusion générale sur les possibilités qu'offre en thérapeutique l'opothérapie mammaire.

A) *UTILISATION DES EXTRAITS MAMMAIRES OU OPOTHERAPIE MAMMAIRE*

Depuis de nombreuses années l'opothérapie mammaire par extraits de glande a été utilisée dans un but thérapeutique. Mais déjà la plus haute antiquité les utilisait. On faisait cuire puis dessécher, et enfin pulvériser, les télines de jeunes vaches.

Nous allons examiner successivement l'action de l'opothé-

rapie mammaire dans différents cas où l'expérience montre qu'elle a donné des résultats intéressants.

1° ACTION GALACTOGÈNE DE L'OPOTHÉRAPIE MAMMAIRE.

Cette action est connue depuis longtemps et utilisée chez les femmes qui ont une sécrétion lactée insuffisante. Il faut prendre des glandes en période active car, on peut penser que la glande mammaire n'a de sécrétion interne spécifique que pendant la période où ovaires et utérus cessent leur révolution périodique.

2° ACTION DE L'OPOTHÉRAPIE MAMMAIRE SUR LES CONGESTIONS INTERMENSTRUELLES.

On sait que les congestions intermenstruelles se manifestent par des phénomènes de pesanteur abdominale et lombaire, par des leucorrhées muco-purulentes et parfois des pertes sanguines que les femmes désignent sous le nom de règles de quinzaine.

A l'examen, les ovaires, les trompes et l'utérus présentent de l'hypersensibilité. Alors que tous les traitements tels que injections, lavements émollients, ovules, compresses abdominales chaudes, médicaments comme l'hamamelis échouent, l'opothérapie mammaire bien administrée agit d'une façon efficace.

On s'explique très bien ces faits. Ne sommes-nous pas en présence de troubles de l'ovulation et d'après nos observations précédentes, ne doivent-ils pas être guéris par utilisation de l'action frénatrice de la glande mammaire sur l'ovaire ! Si les métrorrhagies sans caillots sont naturellement améliorées, on a reconnu que pour les métrorrhagies avec caillots l'association hypophysaire s'impose.

3° ACTION VASO-CONSTRUCTIVE TRANSITOIRE DE L'OPOTHÉRAPIE MAMMAIRE.

Cette action se traduit par l'action de l'extrait mammaire

sur la musculature interne de l'utérus. On l'emploie donc comme antagoniste de l'ovaire dans les cas d'hémorragies et de fibromes utérins, comme dans toutes les congestions utéro-ovariennes. Cependant l'extrait n'a aucun effet sur le cycle oestrien.

On s'est efforcé d'expliquer l'effet régulateur de l'extrait mammaire sur le cycle menstruel. Il semble que l'effet est secondaire à une action sur les surrénales. Si l'on fait des injections d'extraits mammaires on provoque une hypertrophie des surrénales avec hypersécrétion d'adrénaline d'où l'action hémostatique. (Expériences d'ADLER).

4° ACTION DE L'EXTRAIT MAMMAIRE SUR L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

On a étudié l'action de l'extrait mammaire dans la tuberculose pulmonaire car on voulait combattre les règles profuses et les hémoptysies. On a obtenu dans les deux sexes (SCHEFFER et MOLISSONT) l'amélioration de l'appétit, la diminution de la fièvre, de la toux, de l'expectoration, une augmentation de poids et le relèvement de l'état général. On a utilisé des doses de un gramme de poudre par jour en contre-indiquant le traitement dans les cas de fièvre hectique et de lésions cavitaires.

Comme nous venons de l'exposer, l'action des extraits mammaires s'affirme dans les hémorragies surtout comme régulateur de l'abondance des règles. La meilleure technique de l'administration de ce traitement est l'administration de poudre en cachets. On donne, un, deux, trois, quatre grammes par jour en plusieurs reprises. Cependant, il faut savoir que les injections d'extraits totaux tous les deux jours ou tous les douze à quinze jours avant les règles occasionnent des réactions locales douloureuses et fébriles.

Les injections d'extraits mammaires sont contre-indiqués dans les cas d'avortement et de cancer.

B) UTILISATION DE LA D'ARSONVALISATION MAMMAIRE

Les résultats obtenus par l'utilisation des extraits mammaires a incité les chercheurs à trouver un moyen d'exciter physiologiquement la glande mammaire pour obtenir les mêmes résultats sans s'adresser aux extraits glandulaires.

Cette manière de voir est à la base des expériences de DAUSSET et FERRIER. Ils se sont adressés à l'excitation électrique sous la forme de la d'Arsonvalisation diathermique et des ondes courtes. Ils ont étudié cette action sur le système endocrinien tout entier. Les procédés ont donné les mêmes résultats. L'expérience a montré que l'intensité déployée au cours des séances doit être très faible de 100 à 300 milliampères ; la malade ne doit, en effet, ressentir aucune sensation de chaleur.

Cette action de la d'Arsonvalisation mammaire a un effet :

- 1° sur l'état général,
- 2° sur l'appareil génital,
- 3° sur les tests endocriniens.

1° INFLUENCE DE LA D'ARSONVALISATION MAMMAIRE SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL.

On a constaté que l'Arsonvalisation mammaire avait une influence générale tonique particulièrement sur le système ligamenteux et sur la musculature lisse.

Les pieds plats, la torsion fréquente des chevilles sont améliorés. Les anté et rétro-déviation de l'utérus sont nettement influencées par leur action, comme les ptoses vésicales stomacales et intestinales, comme l'hypotonie gastrique, la dyspepsie, l'aerophagie de la constipation.

Les troubles circulatoires en particulier, l'acrocyanose, la frilosité, les dépressions psychiques, les angoisses, l'irritabilité, l'émotivité, qui sont d'ordre neuro-sympathique, sont heureusement influencés. Parmi les lésions de cet ordre, la

migraine d'origine endocrinienne subit une amélioration qui est presque le triomphe de ce procédé, surtout dans les cas de migraine d'origine hyper-folliculaire. Il faut, dans ces cas-là alterner la d'Arsonvalisation hypophysaire et la d'Arsonvalisation mammaire.

2° INFLUENCE DE LA D'ARSONVALISATION MAMMAIRE SUR LES TESTS ENDOCRINIENS.

L'expérimentation a montré que les différents tests endocriniens sont influencés par l'application de la d'Arsonvalisation.

Le métabolisme basal est modifié comme l'angle d'impédance (qui consiste en la mesure de la capacité électrique du corps humain).

Parmi les tests endocriniens, *l'épreuve du temps de réduction de l'hémoglobine* semble, dans la pratique, devoir retenir l'attention des médecins.

Cette épreuve a été étudiée par HENOCQUE et GUILLAUME et consiste dans la mesure du temps de transformation de l'oxy-hémoglobine en hémoglobine, la circulation étant arrêtée temporairement et localement.

Dans ces conditions d'esprit de mesure, on a préconisé l'établissement d'un *électro-diagramme* endocrinien.

Pour pratiquer facilement cette méthode, on utilise un appareil spécial. A l'aide d'une pince, on arrête la circulation de l'espace inter-digital entre le pouce et l'index. On interpose cette pince entre la lentille d'un spectroscope et un foyer lumineux. Au début de l'expérience, on obtient le spectre d'absorption de l'oxy-hémoglobine qui porte deux raies sombres. Peu à peu, les raies se rapprochent jusqu'à la fusion complète quand l'hémoglobine est réduite. On mesure ainsi le temps nécessaire à la réduction.

Le principe de cette expérience consiste à voir quelles sont les variations de ces temps après excitation d'une glande endocrine.

Une première mesure est effectuée sans excitation endo-

crinienne préalable. Elle donne le chiffre de base pour un malade donné. La valeur moyenne obtenue chez un sujet normal est à peu près de 130 secondes.

On fait subir ensuite au malade une séance de d'Arsonvalisation thyroïdienne de 15 minutes et on fait une nouvelle mesure du temps de réduction. On procède de même pour une d'Arsonvalisation hypophysaire, puis ovarienne, puis mammaire.

On obtient ainsi cinq chiffres qui sont reportés sur une échelle verticale graduée en secondes, portant un axe horizontal normal à 130, constituant l'axe des abscisses. Les cinq points ainsi obtenus sont réunis par une ligne brisée, parfois sensiblement droite.

Dans le cas d'une ligne droite, tout traitement par d'Arsonvalisation ne doit pas être tenté, même si la ligne est éloignée de l'axe normal. Dans le cas de ligne brisée, on retient les points qui sont éloignés de la normale. La d'Arsonvalisation de la glande correspondante est alors indiquée.

Il faut remarquer que les angles formés par la réunion des lignes sont parfois obtus. Dans ces cas, il faut encore s'abstenir. Il faut, en effet, que la différence entre les valeurs successives soit au moins de 20 secondes, car au-dessous de ce temps, on admet que les glandes s'équilibrent.

L'épreuve des différentes glandes peut être pratiquée dans la même séance comme l'ont montré les expériences faites à ce sujet.

Ce procédé que nous venons de décrire, essentiellement simple, donne des indications précieuses au médecin à la recherche d'une insuffisance glandulaire parfois difficile à trouver. Après traitement approprié de la glande incriminée, on constate, en général, une modification de la courbe qui tend à se rapprocher de la normale.

3° INFLUENCE DE LA D'ARSONVALISATION MAMMAIRE SUR L'APPAREIL GÉNITAL.

Cette influence donne des résultats probants. Par d'Arsonvalisation mammaire, on obtient la régularisation du flux

menstruel, la normalisation de la date d'apparition des règles, l'amélioration de la qualité du sang menstruel avec disparition de la poussée mammaire pré-menstruelle qui est l'un des signes cliniques de l'hyper-folliculinémie.

Il est donc sûr que la d'Arsonvalisation mammaire garde son indication majeure chez les hyperfolliculiniques.

Dans les cas d'utérus fibromateux ou de fibromes, la d'Arsonvalisation mammaire apporte un secours considérable à la d'Arsonvalisation hypophysaire. D'ailleurs, par son action sur la coagulation sanguine, elle réduit par ce truchement les pertes sanguines et apaise les douleurs lombaires.

IV

Les données pratiques vues au travers de la physiologie endocrinienne mammaire

De cette étude sur la solution médicale, fonction de la physiologie, nous tirons un certain nombre de données pratiques.

Les indications thérapeutiques dans le domaine de l'opothérapie intéressant les cas de difformités mammaires seront des plus utiles quand, après examen clinique du malade, nous aurons recours à l'électro-diagramme diathermique de DAUSSET et FERRIER.

1° EXAMEN CLINIQUE DU MALADE AU POINT DE VUE ENDOCRINIEN.

L'examen de la poitrine est certainement des plus importants en vue de l'éventualité d'un traitement endocrinien. La malade est placée debout, les bras pendant le long du corps, puis assise, puis étendue. On a soin, dans ces différentes positions, de noter les dimensions, la forme générale, l'aspect du mamelon et de son aréole, la coloration et le rapport entre la face inférieure du sein et le sillon sous-mammaire : on constate ainsi, dès l'abord, le degré de chute ou de procidence de la poitrine.

En position couchée, on recherche par la palpation la tonicité cutanée, le volume et la répartition du tissu adipeux en comparaison avec le volume de la glande proprement dite.

Le sujet debout est l'objet de la recherche de la valeur de tonicité de l'appareil suspenseur : muscles, ligaments, tissu

conjonctif ; valeur de mobilisation des pectoraux, du sein lui-même pris à pleine main sur son plan postérieur.

L'expérience schématisée de l'aspect clinique peut se résumer comme suit :

Les gros seins, par abondance du tissu graisseux accompagnées d'une adiposité généralisée, traduisent, en général, une *insuffisance thyroïdienne*.

Les gros seins accompagnés d'une obésité marquée surtout aux hanches ou au bassin traduisent une *insuffisance ovarienne*.

Les gros seins tombants, avec aréole pâle, ptose abdominale, donc laxité ligamentaire et mauvais appareil de soutien, traduisent une *insuffisance hypophysaire*.

Les gros seins à glandes abondantes très pigmentées, surmenés par plusieurs grossesses et lactations, traduisent l'*insuffisance ovarienne*.

Les seins moyens, avec tonicité des tissus élevée chez des femmes de petite taille moyenne, sont souvent un signe d'hyperovarie.

Les petits seins aplatis, avec aréole peu pigmentée, sont accompagnés souvent d'*insuffisance hypophyso-pénitale*.

En outre, chez la femme jeune, l'insuffisance du développement de la partie glandulaire et l'insuffisance de l'appareil ligamentaire et conjonctif doivent être mis sur le compte d'une insuffisance anté-hypophysaire.

L'insuffisance musculaire du plan sous-mammaire doit être rattaché à diverses causes, dont, en particulier, l'insuffisance surrénalienne et aussi l'insuffisance respiratoire.

La maigreur mise à part, les troubles de nutrition générale dus à des maladies en évolution relèvent souvent d'une dysthyroïdie, ou même d'une hyperthyroïdie.

La surabondance du tissu graisseux se rattache soit à une insuffisance ovarienne pure, soit à une insuffisance ovarienne associée à l'hypopituitarisme : dans ce cas, la répartition de la graisse se fait autour des hanches et autour du bassin.



2° INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

De toute cette étude, nous pouvons conclure les données pratiques thérapeutiques suivantes :

Au traitement local de la déformation ou de la malformation proprement dite, il faut ajouter un traitement d'ordre général.

L'appareil suspenseur sera ménagé, voire même suppléé par le port du soutien-gorge. La pratique de la gymnastique respiratoire et du massage pectoral peut lui restituer un tonus normal. Par les différents moyens bien connus, hydrothérapie, massages, frictions légères, on peut lui rendre la tonicité disparue.

Mais on ne saurait trop insister sur l'utilité du traitement vu sous l'angle de l'état général. Il est absolument nécessaire de rétablir l'équilibre endocrinien par le traitement de la disendocrinie incriminée : hypothyroïdie, hyper-thyroïdie, dysthyroïdie, insuffisance ovarienne, insuffisance anté-hypophysaire, insuffisance surrénale et autres.

L'opothérapie placento-hypophyso-ovarienne (lutéine et folliculine) semble être la plus efficace par voie intra-musculaire. Elle doit être maniée avec prudence.

Au traitement endocrinien des hyper ou hypofonctions mammaires, on a pensé ajouter le traitement radiothérapique sur la glande endocrine déficiente. Cette méthode du plus grand avenir n'est pas encore entrée dans la pratique courante et est encore à l'étude.

Mais nous ne saurions trop insister sur l'utilisation comme moyen thérapeutique de la d'Arsonvalisation à faible intensité sur les glandes endocrines. Cette méthode donne d'excellents résultats et peut être maniée avec sûreté. Au point de vue de l'excitation des glandes endocrines, les faibles intensités sont bien plus efficaces que les intensités trop fortes. Pour la diathermie hypophysaire et thyroïdienne, il suffit de 80 milli ampères pendant 10 minutes ; pour la dithermie mammaire,

300 milli-ampères pendant 10 minutes, tandis que pour la diathermie ovarienne un ampère semble tout à fait suffisant.

Cette méthode des plus heureuses, développée par les docteurs DAUSSET et FERRIER, a donné des résultats surprenants non seulement par son action sur la glande mammaire, mais par son action sur les phénomènes d'insuffisance sexuelle généraux, migraines rebelles, disménorrhées.

En conclusion, on conçoit que lorsqu'une femme vient consulter pour une difformité mammaire non monstrueuse, le devoir du médecin est, avant d'envisager la solution chirurgicale, de conseiller le traitement endocrinien.

QUATRIÈME PARTIE

Les diverses solutions
chirurgicales du problème

Les diverses solutions chirurgicales du problème

Si les traitements médicaux donnent de très précieux résultats, il est des cas où l'on est obligé de faire appel à la correction chirurgicale de l'hypertrophie et de la ptose mammaire.

De nombreuses méthodes ont été exposées par différents auteurs tant en France qu'à l'Etranger.

Il y a bien longtemps que furent proposés les procédés de petite chirurgie tels que les incisions partielles, les ponctions, les scarifications. Le professeur LERICHE, ayant observé l'atrophie des seins après la castration, a même proposé cette opération comme cure de l'hypertrophie mammaire, en y adjoignant ultérieurement une greffe ovarienne sous-cutanée.

D'autres chirurgiens ont préconisé l'amputation pure et simple. Mais on a fait remarquer que cette solution semblait vraiment extrême. Le sein, en effet, n'est pas seulement un organe de la vie de relation, dont le mauvais état peut nuire à la situation sociale de la femme, mais plus encore un organe de grande importance dans la vie de reproduction et dans le système endocrinien. Il faut donc s'efforcer de conserver à la glande mammaire ses caractères. Cette préoccupation sociale

et physiologique est à la base des conceptions modernes de la chirurgie conservatrice-réparatrice de la glande mammaire.

*
**

Nous allons donc exposer les méthodes les plus connues ayant eu le plus d'influence dans le cours de l'évolution technique en les groupant, non par ordre chronologique, mais selon la conception qui a guidé leurs auteurs :

- 1° Opérations cutanées simples ;
 - 2° Opérations sans transposition du mamelon avec suspension glandulaire accompagnée ou non de la résection ;
 - 3° Opération glandulaire avec transposition du mamelon ;
 - 4° Amputation du sein avec greffe libre aréolo-mamelonnaire.
-

Pour la description et l'histoire des techniques voir le livre très détaillé de BIESENBERGER « Deformität en und Kosmetische Operationen der weiblichen Brust ». (Vienne 1931).

CHAPITRE PREMIER

Opérations cutanées simples

Les auteurs de ces techniques opératoires ne cherchent la correction de la difformité que par la résection cutanée, qui par voie de conséquence, entraîne le déplacement du mamelon.

La suspension se fait naturellement à la peau; certains cependant recherchent la glande et sans faire aucune résection glandulaire l'accrochent au grand pectoral.

1° MÉTHODE POUSSON (DE BORDEAUX).

En 1897 le professeur POUSSON décrivait sa technique de mastopexie dans les bulletins de la Société de Chirurgie de Paris. Il s'agissait d'une femme, jeune encore, dont l'hypertrophie mammaire était telle, que dans la position assise, ses seins reposaient sur la face interne de ses cuisses. Le professeur POUSSON décrit ainsi cette opération initiale vraiment historique :

« A la partie supérieure de la mamelle je fis deux incisions en croissant et enlevai une tranche de la largeur de la main comprenant la peau et la graisse jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. Lorsque j'eus fait cette brèche, j'aperçus la demi-circonférence supérieure de la glande mammaire, que je fixai par trois points de suture à l'aponévrose du grand

pectoral : une fois la mamelle ainsi diminuée et relevée, je terminai par une suture intra-dermique des téguments. La guérison se fit simplement ; du côté gauche, il y eut une légère suppuration. »

2° MÉTHODE DARTIGUES PAR RÉSECTION CUTANÉE AXILLAIRE.

Cette technique présentée à la Société de Médecine de Paris en 1924 consiste en une résection cutanée axillotomique semi-lunaire, correspondant à la correction, qui fait prévoir un plissé avant d'intervenir. On suspend le prolongement axillaire de la glande au grand pectoral.

3° METHODE DARTIGUES PAR RESECTION CUTANÉE VERTICALE, PLI-CATURE SUB-AREOLAIRE ET FIXATION PECTORALE.

Elle consiste, par une voie d'accès verticale sous-aréolaire, à libérer la glande dont on fait une plicature. On fixe le tout au grand pectoral et on résèque l'excès de peau.

4° MÉTHODE NOËL, PAR RÉSECTIONS SUCCESSIVES.

Préconisée en 1928 par la Doctoresse Noël, elle consiste en l'ablation d'un croissant de peau, au-dessus de l'aréole. Par interventions successives, on se rapproche de l'aréole et à la dernière intervention, la cicatrice se confond avec elle tout en la diminuant. Dans le cas de chute dépassant 8 à 10 centimètres, il faut enlever un croissant au-dessous de l'aréole, la cicatrice étant dans ce cas-là circulaire.

5° MÉTHODE CUTANÉE ERNA GLASMER.

Elle consiste en une résection cutanée quadrangulaire. L'aréole répond à l'angle inféro-interne, passe par glissement à l'angle supéro-interne, pour donner une cicatrice aréolaire supérieure et horizontale externe.

CHAPITRE II

Opérations plastiques mammaires avec résection glandulaire sans transport du mamelon

Certains auteurs cherchent la correction de la difformité mammaire par la résection d'une portion glandulaire sans transposition du mamelon. Dans ces cas la suspension du moignon glandulaire se fait en général au grand pectoral; certains comme DEHNER, GIRARD, GOBELL ont même pratiqué cette suspension au gril costal.

1° MÉTHODE GUINARD PAR RÉSECTION GLANDULAIRE EN LUNULE.

GUINARD pratiqua en 1903 le procédé dit de la lunule. Il le décrivit sommairement à la Société de Chirurgie de Paris, mais en précisa les détails à la séance du 12 juin 1907 à la même société, à l'occasion d'une communication de MORESTIN.

« En 1903, dit-il, j'ai fait une opération analogue à celle
« dont parle M. MORESTIN, j'en ai d'ailleurs parlé à la Société
« de Chirurgie dans la séance du 27 mai 1903. Dans ce
« cas-là le volume des seins était si considérable que j'ai

« enlevé 1.200 grammes de mamelles du côté droit et 1.400
« grammes du côté gauche. Comme la peau eut été exubé-
« rante j'avais enlevé une « lunule » de peau de chaque côté
« et, après avoir séparé la glande du grand pectoral, j'avais
« sectionné une large tranche à la base de chaque sein comme
« un tronc de cône : une fois cette section terminée il ne
« restait plus que le sommet du cône, une sorte de petite
« calotte qui venait naturellement s'appliquer sur le grand
« pectoral. Je connais encore cette jeune femme ; il n'y a pas
« eu de récédive, et les cicatrices sont parfaitement cachées
« sous les seins, en sorte que lorsqu'elle est debout, il est
« impossible de se douter de leur existence. La plus grande
« difficulté à ce qu'il m'a semblé dans ces sortes d'opérations,
« c'est d'obtenir une symétrie absolue dans le volume et la
« forme du segment de glande mammaire laissé en place, et
« surtout, de bien fixer les deux mamelons sur la même
« ligne horizontale, à bonne distance l'un de l'autre. Mais
« les incisions sous-mammaires sont véritablement très esthé-
« tiques et permettent de larges interventions dans la région. »

2° MÉTHODE DE MORESTIN PAR RÉSECTION GLANDULAIRE DISCOÏDE.

MORESTIN pratiquait une résection glandulaire discoïde au travers d'une incision sous-mammaire. En 1907, à la Société de Chirurgie de Paris, il décrivit ainsi son procédé : « Je prati-
« quai des deux côtés, la résection partielle du sein, en uti-
« lisant une incision curviligne menée dans le sillon sous-
« mammaire. Ayant décollé la face profonde de la mamelle,
« j'attaquai la masse glandulaire, la sectionnant selon un
« plan vertical transversal dans toute sa largeur et dans toute
« sa hauteur de, manière à emporter un disque épais de deux
« travers de doigts, formé des couches profondes de la glande
« hypertrophiée. Le tamponnement a suffi à arrêter l'hémor-
« ragie et les lèvres de l'incision furent réunies par un fil de
« soie très fin. Les suites furent excellentes, à cela près, que
« du côté gauche, se produisit un hématome qui m'obligea à
« laisser le drain pendant quelques jours ».

CHAPITRE III

Opérations plastiques mammaires avec résection glandulaire et transposition du mamelon

Les auteurs des techniques opératoires que nous allons exposer, sont guidés par une idée principale, qui a permis le développement et le perfectionnement de la chirurgie plastique mammaire : *la notion de la transposition du mamelon*.

Cette transposition consiste dans le déplacement de l'aérole et du mamelon. Détaché de la peau, par une incision circulaire, tout en demeurant adhérents à la glande, le pourtour aréolaire est suturé à celui d'une boutonnière cutanée préparée à cet effet.

Plusieurs auteurs sont en discussion au sujet de la paternité de ce point essentiel de la technique.

Le 5 février 1923, le docteur AUBER (de Marseille) présentait sa technique à la Société de Chirurgie de Marseille. Au cours de l'enquête que nous avons menée à ce sujet, voici comment il nous décrit sa technique :

« Le procédé dont je suis l'auteur et dont personne ne peut me contester la paternité, a été mis sur pied, non dans un but

purement esthétique, mais comme traitement esthétique d'une affection à pronostic assez sérieux: *l'ypertrophie mammaire de la puberté*. Il est caractérisé :

1° par la *transposition*, non du seul mamelon, *mais de la glande mammaire*, dont la surface cutanée est entièrement séparée de la peau qui la recouvrait, et qui est en partie réséquée.

2° par la *transposition du mamelon*, qui n'est qu'un temps de la transposition de la glande dans un orifice spécial.

3° par la *résection cunéiforme de la glande*, de façon à réduire son volume, tout en conservant les connections des lobes restants avec les canaux galactophores et permettre ainsi l'allaitement (ce qui est vérifié).

J'ai combiné ce procédé parce que je ne trouvais rien dans la littérature, qui permit de me tirer honorablement d'affaire dans le cas que j'avais à traiter ».

Ce n'est qu'après la parution de cette communication du Docteur AUBER, que l'on trouve une série de travaux traitant la transposition du mamelon : ce sont les communications des Docteurs HENRI-PETIT et DARTIGUES en 1924, les articles du Docteur PASSOT dans « l'Hôpital » en mars 1925, et dans la Presse médicale de mars 1925 ; l'article du Docteur PASCALIS dans la même revue d'avril 1925 ; enfin, les communications des docteurs DUFOURMENTEL et VILLANDRE, à la Société des Chirurgiens de Paris en 1927.

Les publications de ceux qui revendiquent la priorité du procédé de la transposition du mamelon n'ont paru que longtemps après celle du Docteur AUBER.

En 1926, cependant, le Docteur MORENARD, dans la « Pratique Chirurgicale illustrée » de PAUCHET, publia un article décrivant cette technique et en attribuant la paternité à MORESTIN.

« J'ai écrit à l'auteur, nous dit le Docteur AUBER, pour lui demander où MORESTIN avait publié ce procédé. MORENARD me

répondit (19 mai 1926) qu'à sa connaissance MORESTIN n'avait rien publié à ce sujet et que lui, MORENARD, avait appris le procédé opératoire en aidant MORESTIN à deux reprises au cours de son internat. »

DUFOURMENTEL a rapporté qu'il réalisa cette opération en 1916, à Châlons-sur-Marne, alors qu'il était aide-major dans l'ambulance du Docteur BODIN à l'hôpital Corbineau.

Mais le docteur VILLANDRE est à cet égard le premier en date. N'a-t-il pas réalisé ce procédé en 1911 comme l'a confirmé le Docteur DARTIGUES, qui eut l'occasion de voir l'opérée à sa consultation ? Il n'est d'ailleurs rien de plus admirable comme modestie scientifique, que de lire la discussion de VILLANDRE à l'occasion de la communication du Docteur DUFOURMENTEL.

« J'ai pratiqué, dit-il, trois fois le relèvement du sein par le procédé que nous décrit DUFOURMENTEL. Je n'ai rien publié à ce sujet, car j'étais tout à fait persuadé que ce procédé était connu depuis fort longtemps, et devait avoir été décrit ; en mon esprit, MORESTIN *avait* depuis longtemps opéré en suivant une technique analogue. La malade opérée à laquelle DARTIGUES fait allusion, a dû être opérée par moi en 1911. »

Cependant nous nous sommes rapportés à la communication de MORESTIN en 1907 à la Société de Chirurgie de Paris et nous avons constaté *qu'il n'est aucunement question de transposition du mamelon.*

On peut donc affirmer d'une façon logique et incontestable, que VILLANDRE a eu le premier l'idée et réalisé l'opération de la transposition. Cependant, il est juste de souligner que sa modestie et le prestige de MORESTIN à cette époque, l'ont incité à ne pas publier ses observations.

Mais nous devons rendre hommage au Docteur AUBER (de Marseille) qui ignorait naturellement l'opération de VILLANDRE, puisqu'il a publié le premier cette méthode de la transposition et en a fait l'exposé méthodique.

TECHNIQUE DES OPERATIONS PLASTIQUES MAMMAIRES PAR TRANSPOSITION DU MAMELON

Un très grand nombre de techniques ont été proposées. Nous ne pourrions donc décrire que celles qui présentent un intérêt, soit parce qu'elles sont habituellement pratiquées par des chirurgiens plastiques, soit parce qu'elles présentent une réelle originalité dans la conception.

Quelle que soit la méthode utilisée, une opération de plastique mammaire pour ptose et hypertrophie, comporte logiquement les temps suivants :

- 1° La voie d'accès ;
- 2° La libération et la résection glandulaires ;
- 3° La reconstruction du relief mammaire ;
- 4° La suspension et l'accrochage du sein néo-formé ;
- 5° La cicatrice de fermeture.

Il est donc logique, pour la clarté de l'exposé et pour la facilité de la comparaison, de grouper les diverses méthodes opératoires ;

- 1° selon la voie d'accès utilisée ;
- 2° selon le mode de résection glandulaire ;
- 3° selon le mode de reconstruction du relief glandulaire.
- 4° selon le mode de suspension et d'accrochage ;
- 5° selon la disposition de la cicatrice de fermeture.

I. — OPERATIONS CLASSEES SELON LA VOIE D'ACCES UTILISEE

On a proposé de très nombreuses voies d'accès : les unes préconisent une double voie d'accès sus-aréolaire et sous-mammaire dont les extrémités se rejoignent ; d'autres dessinent une voie d'accès en T renversé dont la branche verticale

remonte jusqu'à l'endroit choisi pour le transport du mamelon et dont la branche horizontale répond au sillon sous-mammaire ; d'autres pratiquent une seule voie d'accès verticale ou latérale dont l'une des extrémités répond à une incision péri-aréolaire de telle sorte qu'elle peut prendre la dénomination d'incision d'accès en raquette ; enfin il est des opérations dont la voie d'accès suppose plus de deux incisions et sont complexes, comme la voie d'accès de l'opération de HOLLANDER.

Nous allons décrire ces principaux procédés :

1° OPERATIONS A VOIES D'ACCES SUS-AREOLAIRE ET SOUS-MAMMAIRE.

La première incision est sus-aréolaire. Partant du sillon intermammariaire pour aboutir à la région sous-axillaire, elle rejoint de part et d'autre les deux extrémités de la deuxième incision qui suit plus ou moins le sillon sous-mammaire.

Ces deux incisions, avec des variantes de technique, caractérisent les opérations décrites par AUBER, DUFOURMENTEL, PASSOT, SCHWARZMANN.

2° OPERATIONS A DEUX INCISIONS D'ACCES EN T RENVERSE INFERIEUR.

Désireux d'éviter les ennuis d'une cicatrice de fermeture, dont les extrémités avoisinent au sillon intermammariaire et aux aisselles, on a proposé de raccourcir la cicatrice horizontale, en supprimant l'incision sus-aréolaire et en utilisant une perpendiculaire, allant du pôle inférieur de la boutonnière de transport du mamelon, au sillon sous-mammaire.

Ces deux incisions d'accès caractérisent les méthodes de LOTSCH, MORENARD, NOEL, deuxième manière.

3° OPERATION A DEUX INCISIONS D'ACCES EN T RENVERSE INTERNE.

Dans ce cas le but n'est pas d'amener un raccourcissement de cicatrice, mais de se servir de la ligne interne qui est arciforme, comme pourtour ultérieur de la nidation de l'aréole. Sur cette ligne arciforme, on mène une perpendiculaire, abou-

tissant à l'aréole, de telle sorte, qu'il est possible d'ouvrir la coque cutanée du sein. Cette voie d'accès est la voie habituelle de la technique CLAOUÉ.

4° OPERATION A PLUS DE DEUX INCISIONS D'ACCES.

Le type de cette incision poursuit le but d'enlever un segment de glande, conforme à la topographie de l'incision. L'exemple en est dans l'opération de HOLLANDER.

5° OPERATION A UNE SEULE INCISION D'ACCES DITE OPERATION A VOIE D'ACCES EN RAQUETTE.

On peut les distinguer selon la direction de l'extrémité libre de la raquette en :

A) Incision en raquette à extrémité verticale inférieure. On fait une incision peri-aréolaire du pôle inférieur de laquelle on mène une incision verticale. On va pouvoir ainsi ouvrir le sac cutané. Le type de cette opération est l'opération de BIESENBERGER.

B) Incision en raquette à extrémité interne.

On fait une incision peri-aréolaire; du pôle interne de l'aréole se détache l'incision qui aboutit au milieu de la ligne repère arciforme interne. Par cette boutonnière cutanée on détache la glande de sa coque cutanée. Le type de cette opération est l'opération de CLAOUÉ première manière.

II. — OPERATIONS CLASSEES SELON LE MODE DE RESECTION GLANDULAIRE

L'originalité d'une technique peut se manifester par ses modalités dans la manière de couper ou de réséquer la glande, en vue de sa reconstruction.

On a préconisé plusieurs manières de réduire le volume de la glande :

1° *Résection en lunule ou en tranche de melon.* Décrite par GUINARD, elle consiste à enlever la glande en épaisseur selon deux lignes d'incision longitudinale, dirigées dans le même sens que l'incision d'accès. On suture bord à bord la plaie glandulaire. Cette méthode a été adoptée en particulier par VILLANDRE, PASSOT, DUFOURMENTEL.

2° *Résection discoïde.* Décrite par Morestin, elle consiste en l'ablation d'un disque glandulaire à la base du sein. L'importance du disque en épaisseur est variable avec la correction désirée.

3° *Résection angulaire.* Elle a été pratiquée en plusieurs endroits de la glande et est suivie de la simple suture des bords de la plaie.

A) La résection angulaire inférieure a été préconisée par MORENARD et AUBER (de Marseille) ;

B) La résection angulaire externe a été préconisée par HOLLANDER et BIESENBERGER.

Si chez HOLLANDER la résection est angulaire simple, chez BIESENBERGER elle s'affirme plus plastique, en ce sens que les lèvres de la plaie ne correspondent pas aux rayons convergents vers le mamelon, mais présentent une concavité pour le bord supérieur et une convexité pour le bord inférieur.

4° *Résection subtotal.* C'est la méthode de SCHWARZMANN qui consiste à enlever la plus grande partie de la glande en fer à cheval, en U, autour d'un pédicule, dont l'extrémité et l'axe sont aréolo-mamelonnaire.

5° RÉSECTION GLANDULAIRE PORTANT SUR TOUTES LES PORTIONS DE LA GLANDE EN VUE D'UNE RECONSTRUCTION SYSTÉMATIQUE.

L'idée reconstructive est un peu plus compliquée, que le sim-

ple rapprochement des lèvres de la plaie, et guide une résection glandulaire, qui porte sur toutes les parties de la glande. Le type en est la méthode CLAQUÉ de réduction de volume qui consiste à enlever :

1° La portion supéro-externe de la glande;

2° L'épaisseur du moignon restant ;

3° Une bande variable le long du bord inférieur et interne de la glande.

Elle a été exposée en détails dans une série de communications à la Société de Médecine de Paris.

6° RÉSECTION GLANDULAIRE TOTALE AVEC GREFFE ARÉOLOMAMELONNAIRE LIBRE : OPÉRATION DE DARTIGUES.

Cette méthode intéresse les cas de gigantisme mammaire. Au lieu de l'amputation pure et simple, DARTIGUES a préconisé l'adjonction de la greffe libre de la région aréolo-mamelonnaire.

*
**

III. — *OPERATIONS CLASSEES SELON LE MODE DE RECONSTRUCTION GLANDULAIRE*

1° RECONSTRUCTION PAR RAPPROCHEMENT DES LÈVRES DE LA PLAIE DE RÉSECTION GLANDULAIRE.

Cette méthode entraîne la réduction du diamètre de la base du cône et augmente par conséquent la conicité du sein.

Cette technique, pratiquée dans les méthodes MORENARD, AUBER, HOLLANDER, BIESENBERGER, n'est qu'un perfectionnement de la manière de réséquer de HOLLANDER.

2° RECONSTRUCTION PAR ROTATION DU MOIGNON GLANDULAIRE EN SPIRALE ASCENDANTE.

Préconisé par SCHWARZMANN qui s'efforce de faire tourner en

spirale sur lui-même un moignon glandulaire à axe aréolo-mamelonnaire.

3° RECONSTRUCTION PAR ENROULEMENT DU MOIGNON GLANDULAIRE
SUR LUI-MÊME ET INVAGINATION DANS LA BASE DE LA PORTION
SUPÉRIEURE DU CÔNE.

Ce système de reconstruction comporte deux temps essentiels ou rotations.

Premier temps ou première rotation :

1° Le moignon glandulaire, avec sa portion choriale adhérente, formant en quelque sorte son squelette, est saisi par deux pinces errignes, l'une au niveau de l'aréole et l'autre à l'angle externe, de telle sorte que le moignon chorio-glandulaire présente une aire vaguement quadrangulaire ;

2° La pince errigne aréolo-mamelonnaire est soulevée verticalement, de telle sorte que le moignon glandulaire devient vertical ;

3° La pince errigne de l'angle externe est portée derrière le rideau glandulaire et sous la lame vasculaire, de telle sorte que l'on transforme l'aire quadrangulaire en un cône par enroulement en cornet ;

4° On rabat sur le cône reconstruit, le bord libre du chorion conservé et on le suture. Ce chorion contribue à former la suspension de la glande néoformée.

Deuxième mouvement ou rotation. — C'est un complexe de rotation associé à l'invagination plus ou moins marquée du tiers supérieur du cône dans sa base et destiné à placer l'aréole et le mamelon à sa place correcte par rapport à la ligne d'accès arciforme interne.

*
**

IV. — *OPERATIONS CLASSEES SELON LE MODE DE SUSPENSION DE LA GLANDE NEOFORMEE*

On peut grouper les opérations selon le mode de suspension de la glande néoformée.

1° Certains aujourd'hui veulent fixer la glande mammaire au grand pectoral, tels AUBER, DARTIGUES, DUFOURMENTEL, LEXER, MORENARD et PASSOT.

2° D'autres, conservant les attaches restantes de la glande, suturent le moignon restant à lui-même, tels BIESENBERGER, HOLLANDER.

3° Enfin enroulant le moignon glandulaire sur lui-même, CLAOUÉ, n'accroche pas seulement la glande à elle-même, mais en outre au chorion qui se transforme en un ligament suspenseur.

*
**

V. — *OPERATIONS CLASSEES SELON LA CICATRICE DE FERMETURE*

On peut également grouper les opérations avec résection glandulaire, selon l'emplacement de la cicatrice de fermeture.

1° OPÉRATIONS LAISSANT UNE CICATRICE SOUS-MAMMAIRE.

Cette cicatrice suit le sillon sous-mammaire et s'étend de la gorge aux régions sous-axillaires. Cette méthode est adoptée en particulier par AUBER, DUFOURMENTEL, PASSOT, DARTIGUES, SCHWARZMANN.

2° OPÉRATIONS LAISSANT UNE CICATRICE EXTERNE.

Cette cicatrice part de la région aréolo-mamelonnaire, pour s'étendre plus ou moins loin sur la partie latérale externe du

sein. Elle est caractéristique des opérations de ERNA GLASMER et HOLLANDER.

3° OPÉRATION LAISSANT UNE CICATRICE EN T RENVERSÉ.

Un très grand nombre d'auteurs ont adopté cette formule qui cherche à diminuer les inconvénients de la cicatrice sous-mammaire. De nombreuses variantes en ont été présentées suivant les techniques de BIESENBERGER, LEXER-KRASKE, MORENARD, NOEL (deuxième manière), SCHREIBER.

4° OPÉRATIONS LAISSANT UNE CICATRICE CONCENTRÉE PÉRI-ARÉOLAIRE.

Pour réduire les inconvénients de l'évolution cicatricielle, le Docteur CLAOUÉ, dans un travail présenté à la Société de Médecine de Paris en Juillet 1936 a insisté sur l'intérêt d'une distribution cutanée aboutissant à une cicatrice concentrée péri-aréolaire. Elle est accompagnée de quelques cicatrices radiaires.

CHAPITRE IV

Principales opérations classées par ordre alphabétique

L'objet de ce chapitre est de rappeler succinctement les opérations de plastique mammaire dont la technique a attiré l'attention de la plupart de ceux qui se sont occupés de cette question.

Successivement nous décrivons les techniques des Docteurs :

AUBER, BIESENBERGER, CLAOUÉ, DARTIGUES, GLASMER, HOLLANDER JOSEPH, NOEL, POUSSE, SCHWARZMANN.

Il nous a paru impossible de reproduire les différentes autres techniques, en raison même de leur multiplicité (Voir le très intéressant et complet travail de BIESENBERGER).

TECHNIQUE AUBER

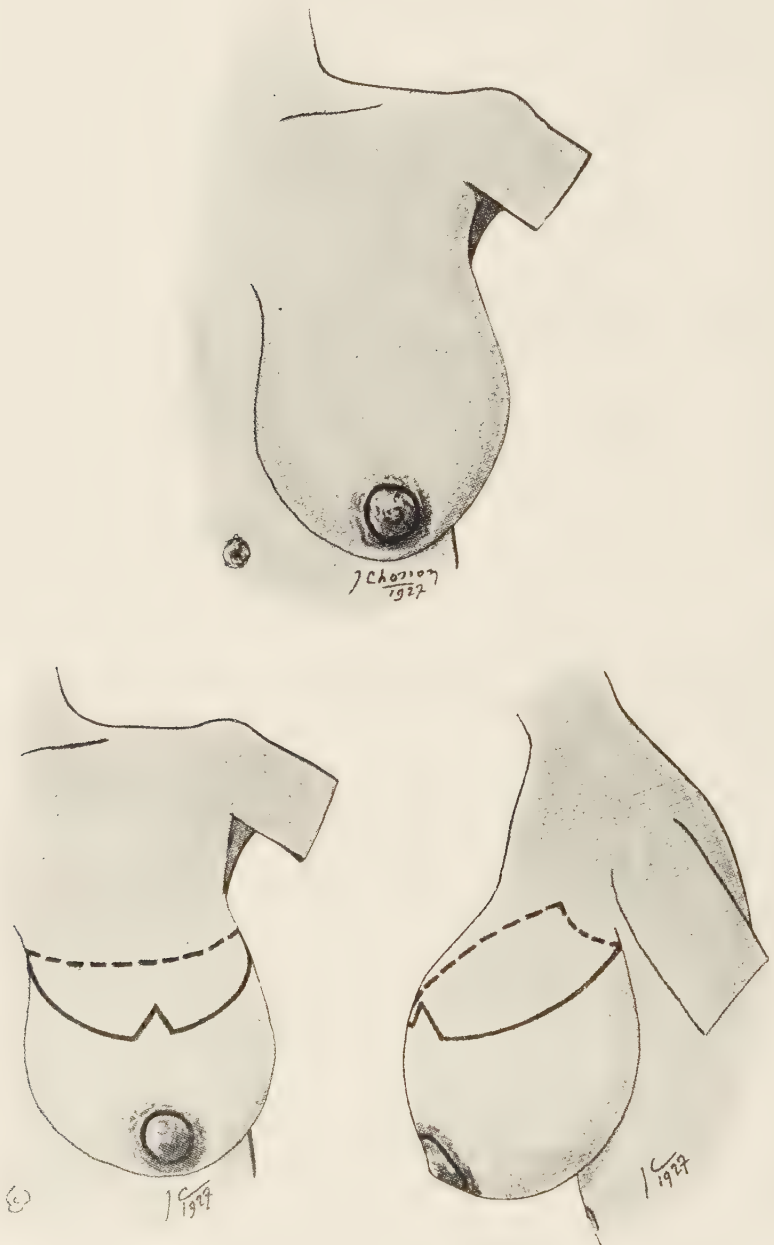


Fig. 44. — Technique de la transposition du Dr AUBER.
Incisions d'accès, péri-aréolaire, puis mammaire antérieure et enfin sous-mammaire (en pointillé).

TECHNIQUE AUBER

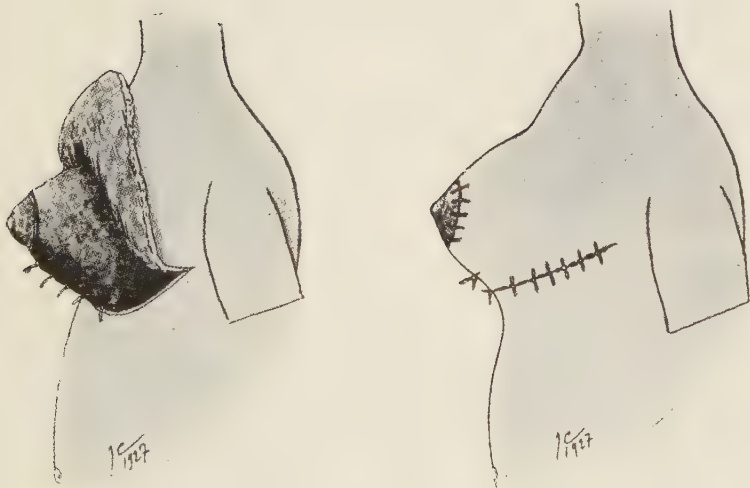
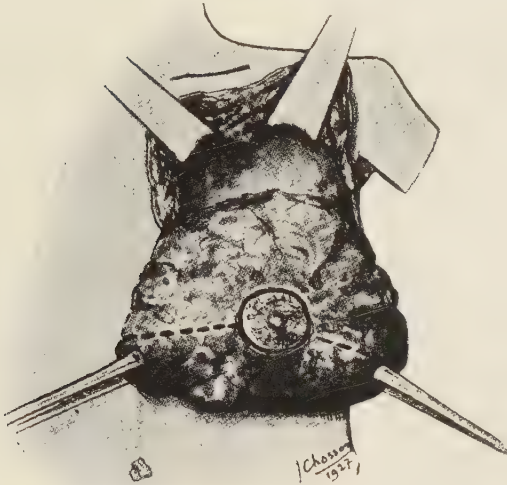


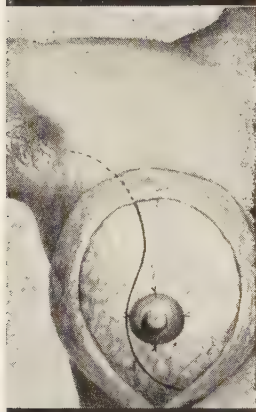
Fig. 45. — Méthode de la transposition du Dr AUBERT.

- 1° Résection glandulaire angulaire inférieure ;
- 2° Formation du cône mammaire ;
- 3° Cicatrice de fermeture sous-mammaire par réunion des lèvres de la plaie glandulaire.

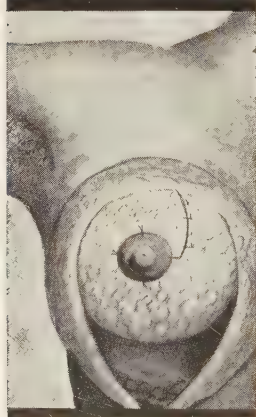
TECHNIQUE BIESENBERGER



1° *Incision d'accès en raquette à queue verticale inférieure, après enlèvement de l'excès d'aréole.*



2° *Résection de la portion externe et des portions externe et moyenne du pôle inférieur du sein. Cette méthode est faite en S. à concavité supérieure et à convexité inférieure.*



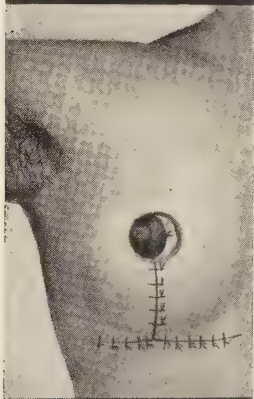
3° *Après emboîtement de la convexité dans la concavité, ou suture.*

Fig. 46. — Méthode de BIESENBERGER.
Voie d'accès, réduction de volume et reconstruction
(d'après BIESENBERGER)

TECHNIQUE BIESENBERGER



1° L'habillage du sein néoformé se fait par rabattement vers le bas du lambeau cutané.



2° Après résection de la peau en excès, les sutures de fermeture se présentent selon un T renversé.

On amène l'aréole et le mamelon dans la boutonnière réservée à cet effet.

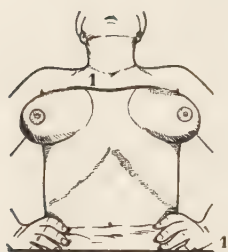


3° Après l'opération.

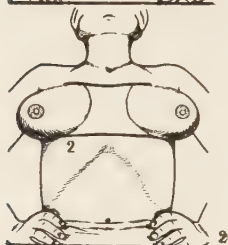
Fig. 47. — Méthode BIESENBERGER.

Habillage du sein néoformé (d'après BIESENBERGER).

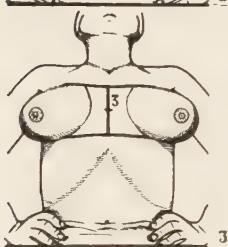
TECHNIQUE CLAOUÉ



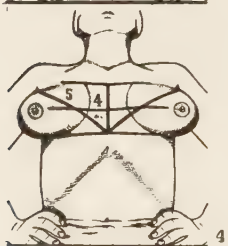
1° Une ligne horizontale réunit les deux sillons sus-mammaires.



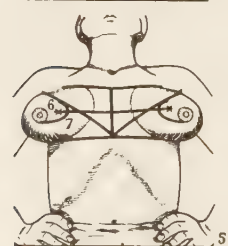
2° Une deuxième ligne horizontale unit les deux sillons sous-mammaires.



3° Une ligne verticale médio-sternale réunit les deux précédentes.



4° Une ligne oblique (5) unit le bord externe du pectoral avec l'angle formé par les lignes médio-sternale et sous-mammaire. Par le milieu de la ligne médio-sternale on mène une ligne horizontale (4).

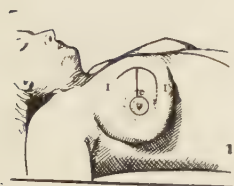


5° Les mamelons doivent être transposés toujours en dehors de la ligne oblique. Il est possible de déterminer la ligne arciforme 7 qui sera la voie d'accès opératoire.

Fig. 48. — Technique CLAOUÉ.

Le repérage préopératoire.

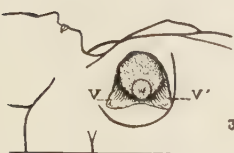
TECHNIQUE CLAOUÉ



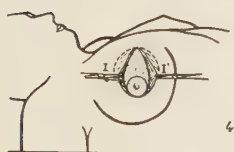
1° *Incision d'accès arciforme interne.*
Incision d'accès peri-aréolaire.
Incision d'union.
 sont les voies d'abord, première manière
 de la technique Claoué. Ces incisions
 respectent le chorion.



2° On ouvre deux volets cutanés V et
 V' en respectant le chorion.



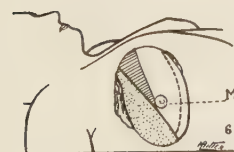
3° Ces deux volets s'unissent en un vaste
 lambeau cutané externe.



4° Si l'on ne fait que l'incision d'union
 et l'incision peri-aréolaire on obtient
 une voie d'accès en boutonnière.
 C'est la voie d'abord, deuxième manière,
 de la technique Claoué.



5° Extraction de la glande hors sa coque
 cutanée.



6° La glande est extraite de sa coque
 cutanée.

2 zones : 1) en pointillé = zone qui
 sera enlevée dans la réduction. Si la
 portion hachurée est conservée dans
 sa partie choriale, elle est réséquée
 dans sa portion glandulaire.

2) le restant est recouvert dans sa plus
 grande partie du chorion. La portion
 hachurée est conservée pour soutenir
 la portion externe du cône mammaire
 néoformé et contribuer à la formation
 d'un nouveau ligament suspenseur.

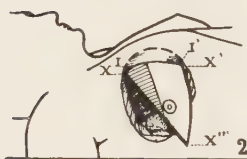
Fig. 49. — Technique CLAOUÉ.

La voie d'accès opératoire et l'extraction de la glande hors sa coque
 cutanée.

TECHNIQUE CLAOUÉ



1° La glande extraite de sa coque cutanée et décollée du plan pectoral se présente comme une galette.

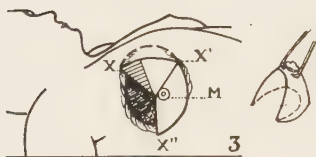


2° Résection glandulaire.

a) toute la portion supéro-externe (la portion hachurée est restée sous forme de chignon doublé de graisse et de glande).

b) réduction en épaisseur.

c) réduction selon une bande inférieure de régularisation.

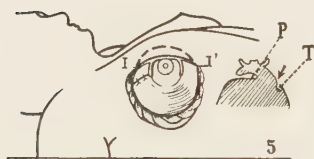


3° Reconstruction.

Une pince soulevant la région aréolo-mamelonnaire amorce l'enroulement en cornet.



4° Enroulement en cornet du moignon glandulaire, on suture le chignon hachuré sur l'aire du triangle (fig. 3). $X' M X''$ = c'est le premier mouvement ou rotation.



5° et 6° Tronquage du cône.

On invagine la portion supérieure du cône dans la base pour transformer le cône en une demi-coupe.

Pour obtenir le tronquage du cône et la mise en place correcte de l'aréole et du mamelon, il faut réaliser un complexe de mouvements de rotation et de plicatures : c'est la deuxième rotation.



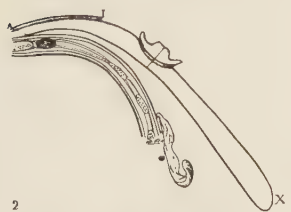
Fig. 50. — Méthode CLAOUÉ

Technique de la réduction de volume et de la reconstruction.

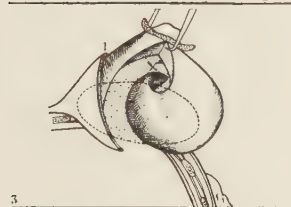
TECHNIQUE CLAOUÉ



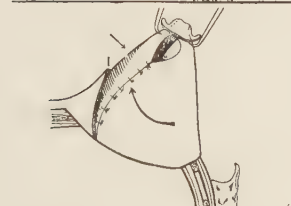
1° Le sein normal s'effondre en position couchée, sur les parties latérales du thorax. En trait plein épais : la voie d'accès ; en pointillé : le sein que l'on veut obtenir.



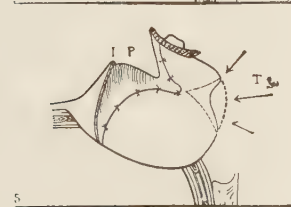
2° Le sein est déroulé et décollé jusqu'aux articulations chondro-sternales. L'aréole est décollée en collerette autour du mamelon.



3° Enroulement du cornet après élévation de la région aréolo-mamelonnaire.



4° Le cornet est fermé par suture du bord libre du chorion à l'aire latérale du triangle décrit.



5° Invagination dans la base de la portion supérieure du cône.
Tronquage du cône.



6° On obtient un sein en demi-coupe.

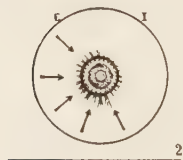
Fig. 51. — Méthode CLAOUÉ.

Technique de la reconstruction : étude en coupes.

TECHNIQUE CLAOUÉ



1° La peau est répartie sur le sein néoformé et amarrée par des points en U à nœud aréolaire (1) et suturée par point séparé (2).



2° Au cas où l'excès de peau n'est pas très considérable, on répartit par des fronces la peau au pourtour de l'incision peri-aréolaire.



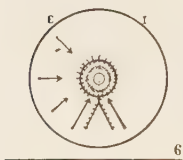
3° Au cas d'excès considérable, on concentre la peau autour de l'aréole, mais aussi au niveau d'un rayon inférieur où se forme un godet qui donnera une cicatrice verticale.



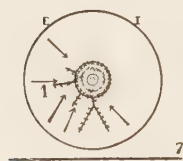
4° Mais souvent, en 1, on est obligé de faire une cicatrice qui répond à l'emplacement de l'aréole avant l'opération et en 2 la cicatrice verticale.



5° Au cas d'exubérance de peau, on a deux godets.



6° Ces deux godets laissent une cicatrice en V renversé ou en Y.

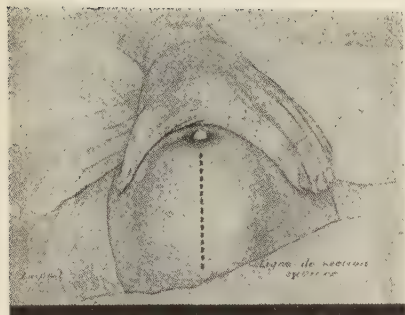


7° Et dans les cas très importants, il faut y adjoindre quelques petites cicatrices radiales.

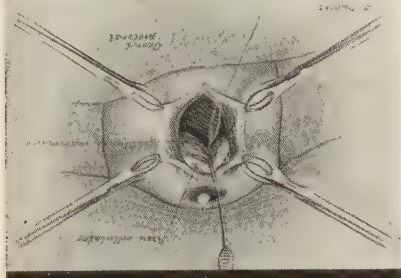
Fig. 52. — Méthode CLAOUÉ.

Habillage du sein néoformé : concentration péri-aréolaire. Technique de la répartition de la peau sur le cône mammaire néoformé.

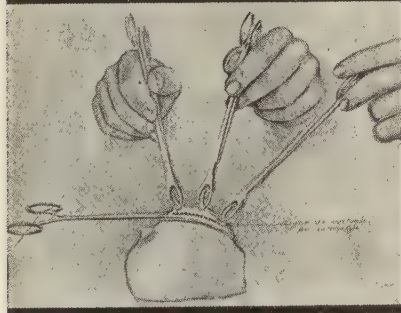
TECHNIQUE DARTIGUES



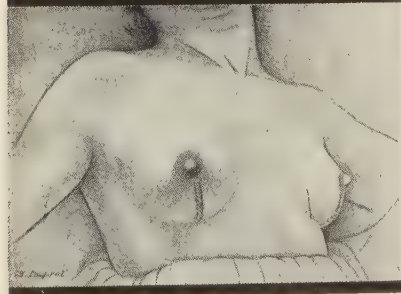
1° On fait une incision verticale au-dessous du mamelon pour aboutir au sillon sous-mammaire.



2° Recherchant le pôle inférieur de la glande, on le suture au muscle pectoral.



3° Résection de l'excès cutané.

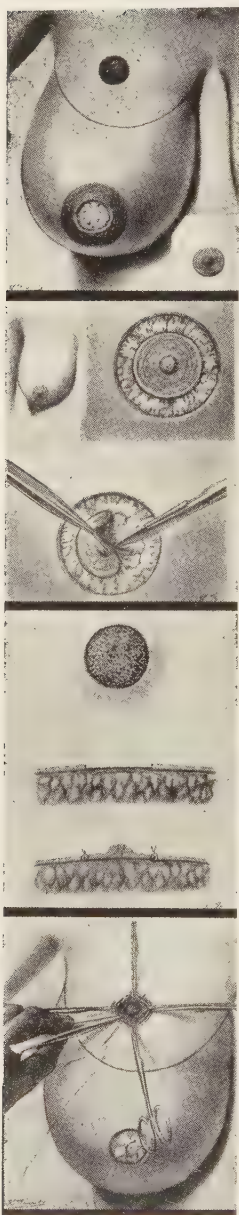


4° Après l'opération.

Suture aux agraffes de Michel.

Fig. 53. — Méthode cutanée verticale de DARTIGUES

TECHNIQUE DARTIGUES



1° Nidation de l'emplacement de greffe de l'aréole et du mamelon.

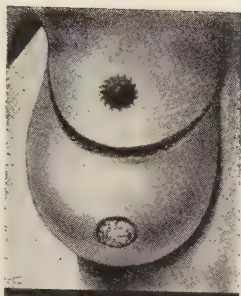
2° Comment il faut préparer la greffe.

3° Coupe expliquant la nidation et le transport de l'aréole et du mamelon.

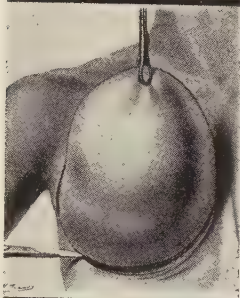
4° Manière de transplantation.

Fg. 54. — Mammectomie totale avec greffe libre aréolo-mamelonnaire.

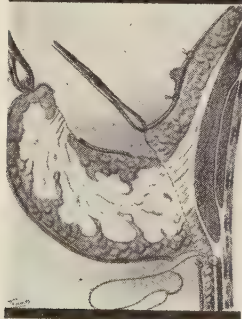
TECHNIQUE DARTIGUES



1° Incision d'accès antérieure.



2° Incision d'accès postérieure.



3° Ablation de la glande dans sa totalité.



4° Suture bord à bord des deux lignes d'accès antérieure et postérieure.

Fig. 55. — Mamectomie totale avec greffe libre aréolo-mamelonnaire.

TECHNIQUE ERNA GLASMER

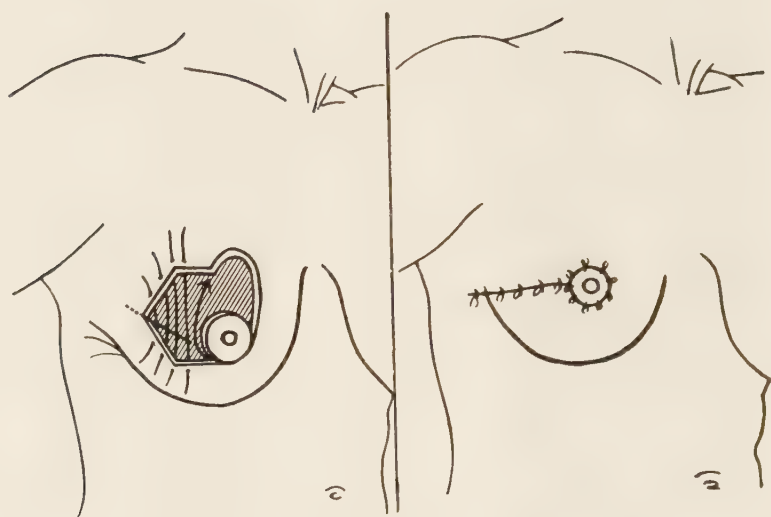


Fig. 56. — Méthode cutanée Erna GLASMER.

Elle consiste en un déplacement du sein par une résection cutanée de forme angulaire dont les limites sont suturées bord à bord.

Cicatrice latérale externe.

TECHNIQUE HOLLANDER

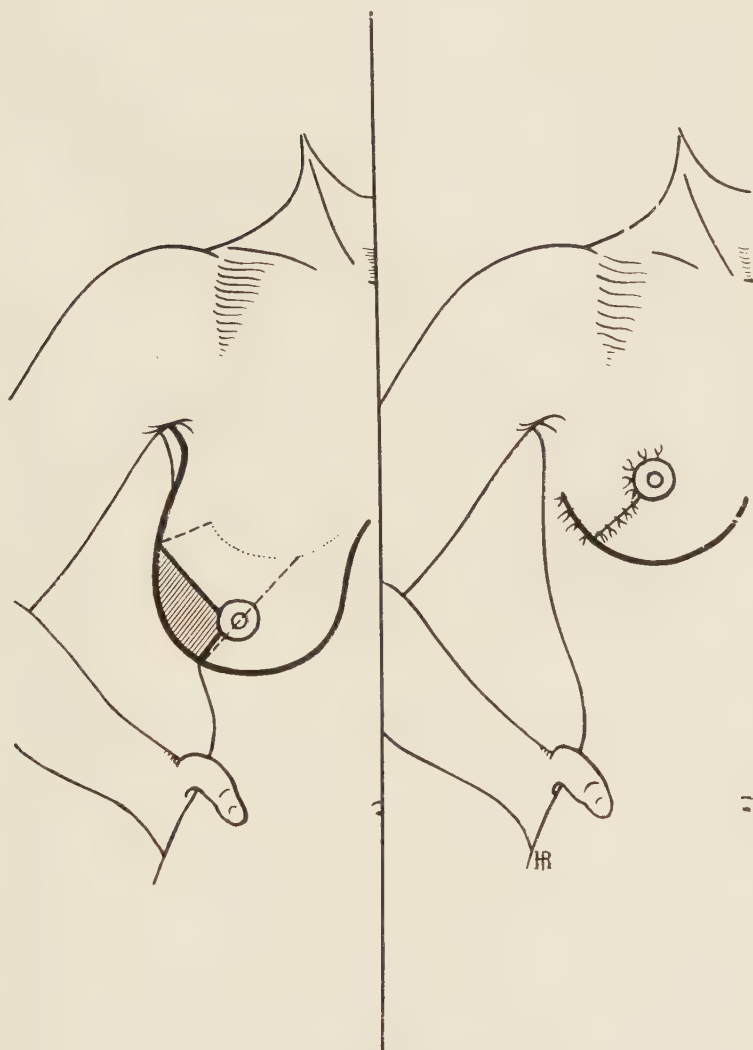


Fig. 57. — Méthode de HOLLANDER.

Elle consiste en une résection angulaire non seulement cutanée mais glandulaire, de telle sorte que le sein se trouve réduit de volume et remonté.

Cicatrice latérale externe.

TECHNIQUE JOSEPH

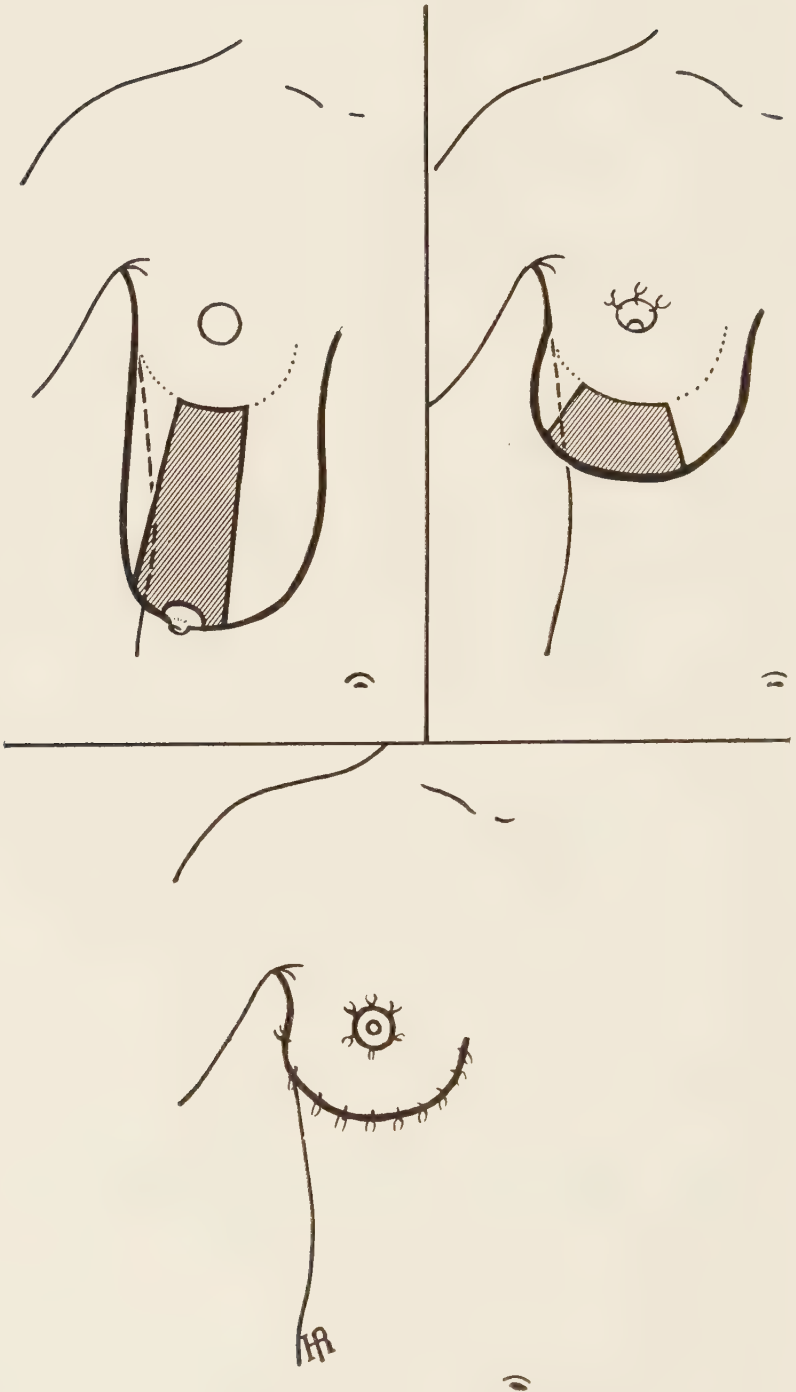


Fig. 58. — Méthode JOSEPH ; Transposition en deux temps.

Dans la crainte d'une nécrose du mamelon, JOSEPH avait imaginé cette technique de transposition en deux temps associée à la

TECHNIQUE NOEL (1^{re} manière)

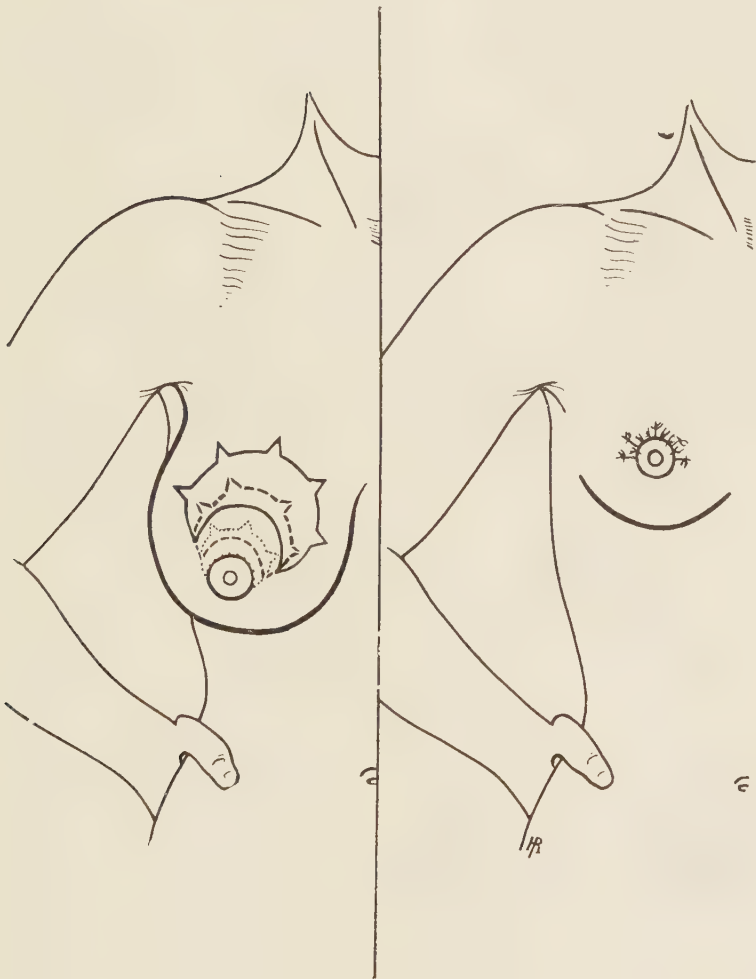
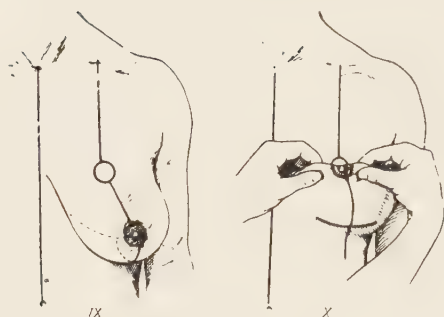
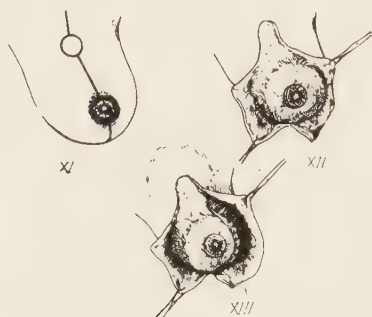


Fig. 59. — Méthode NOEL (1^{re} manière) par résections cutanées successives. La crainte d'une nécrose du mamelon, le désir de faciliter la coaptation des lèvres d'une plaie dont les courbes de rayons différents et enfin le désir d'éviter l'hospitalisation en maison de santé constituent les idées directrices de cette technique.

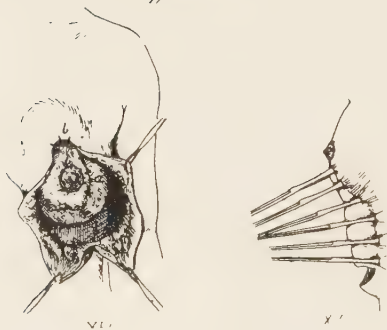
TECHNIQUE NOEL (2^e manière)



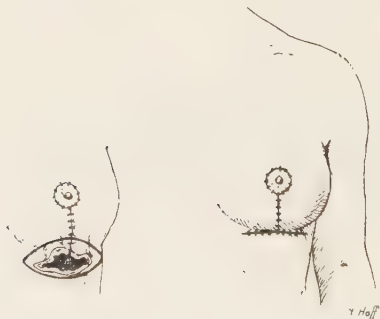
1^o Repérage et détermination de l'emplacement du mamelon.



2^o Réduction de volume de la glande et fixation.



3^o Habillage cutané.
Traction de la peau avec pinces Chaput.



4^o Fermeture.
Cicatrice en T renversé.

Fig. 60. — Méthode NOEL (2^e manière).

TECHNIQUE POUSSON

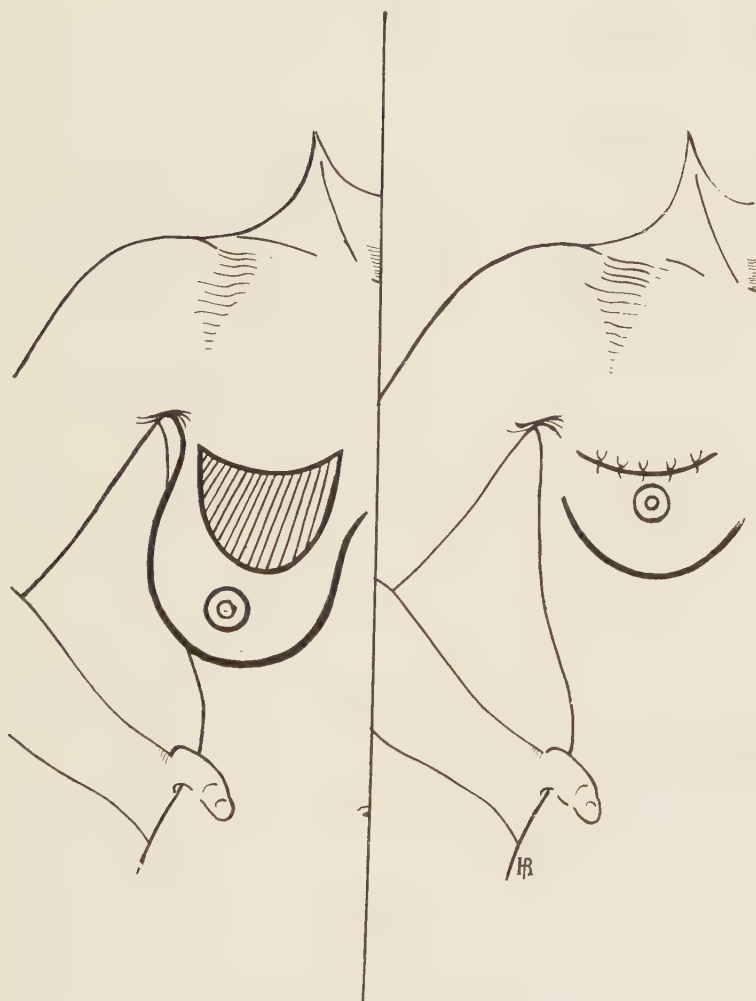
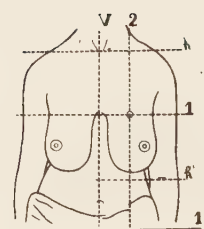


Fig. 61. — Méthode de Pousson.

Elle consiste dans la résection d'une aire cutanée et glandulaire que l'on suture en masse. C'est la plus ancienne méthode proposée.

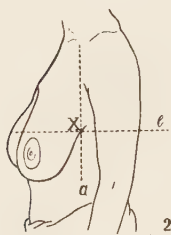
TECHNIQUE SCHWARZMANN



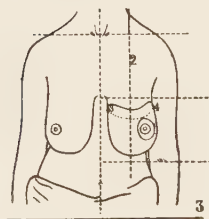
1° Repérage préopératoire vue de face :
 V = ligne verticale médio-sternale.
 R = ligne horizontale claviculaire.
 R' = ligne horizontale passant par le milieu du pli du coude.

1 = ligne horizontale passant par le milieu de R et R'.

2 = ligne verticale médiane entre la ligne verticale et la ligne verticale pre-axillaire.



2° X = croisement indiquant le point limite en dehors des incisions d'accès.

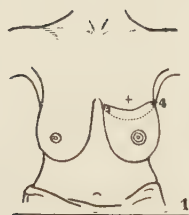


3° 3 et 4 = les lignes d'accès opératoire pré et retro mammaire.

Fig. 62. — Méthode de SCHWARZMANN.

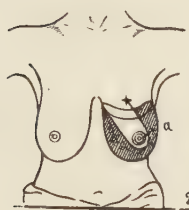
Lignes de repérage et incisions d'accès.

TECHNIQUE SCHWARZMANN



1° Voie d'accès.

3 et 4 = lignes d'accès pré et retro-mammaire.



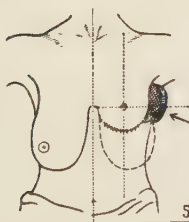
2° La résection, après conservation du chorion, se fait en fer à cheval.



3° Décollement du plan sous-cutané au-dessus de l'incision supérieure.



4° On loge le moignon que l'on retourne sur lui-même et dont on fixe l'aréole à une boutonnière cutanée.



5° On maintient après sutures sous-mammaires tout le système par un pansement compressif.

Fig. 63. — Méthode de SCHWARZMANN.

CHAPITRE V

La cicatrice en chirurgie réparatrice mammaire

La cicatrice est la trace laissée par la voie d'accès opératoire après fermeture de la plaie. Si en chirurgie salvatrice, elle ne présente qu'une importance négligeable, puisque l'individu se doit de se féliciter d'avoir échappé à un danger souvent fatal, il n'en est plus de même en chirurgie réparatrice et en esthétique. L'opération n'est-elle pas réalisée ici comme pour la convenance sociale ou personnelle du patient ? Obtenir une cicatrice aussi minime que possible, la traiter correctement après consolidation, n'est-ce pas le but du chirurgien plastique, la suite naturelle de l'opération ? La qualité de la cicatrice ne prend-elle pas ici une importance particulière ? Une cicatrice vicieuse, ne risque-t-elle pas de faire naître un nouveau sujet d'obsession et de rendre inutile l'opération plastique ?

Nul ne doit ignorer qu'une cicatrice peut tout d'abord présenter un aspect peu esthétique, mais qu'elle peut facilement, par la suite, s'améliorer d'elle-même ; qu'après cicatrisation vicieuse il est facile de refaire ou de traiter une cicatrice.

La meilleure manière quant à la fermeture opératoire dans cette chirurgie a été l'objet d'un travail sur le mode de distribution cutanée en vue de l'habillage du sein néoformé, présenté à la Société de Médecine de Paris en 1936. Ici nous nous proposons d'exposer l'évolution cicatricielle, les divers traitements proposés dans les cas de malformations cicatricielles, pour arriver à des conclusions sur la conduite à tenir, en vue de la fermeture de la plaie opératoire mammaire. En fin de compte, le chirurgien ne laisse-t-il pas sa signature opératoire sous cette forme ?

I

L'évolution cicatricielle

Après une opération chirurgicale, la cicatrisation s'obtient par *première intention*, si les deux lèvres de la plaie s'accollent sans incident. Quand un facteur quelconque entraîne l'élargissement anormal, immédiat ou tardif de la plaie, la cicatrisation se fait par *deuxième intention*, d'où naissance d'une cicatrice élargie.

L'examen histologique, montre que la cicatrice est constituée par un tissu fibreux de néoformation. La constitution de la peau est imparfaite. S'il y a déficit de fibres musculaires lisses, de poils, de glandes, de papilles et souvent du corps papillaire tout entier, il se crée au contraire, une innervation abondante, due à l'évolution des extrémités nerveuses sectionnées par le traumatisme ou l'infection. On s'explique de la sorte, pourquoi beaucoup de cicatrices deviennent douloureuses. (Voir les travaux de M. le Professeur LERICHE, et Presse Médicale, Octobre 1934).

En somme, par première intention, la réparation cicatricielle est si fine dans la destruction cutanée, qu'elle peut passer inaperçue; tandis que par deuxième intention, elle est si large, qu'elle demande un certain temps avant de se constituer et qu'elle devient visible. Dans ce dernier cas, on constate parfois une telle paresse et une telle atonie dans la réparation, que l'on est obligé de recourir à des moyens d'excitation. Dans les cas simples, rappelons l'application des agents physiques : Rayons ultra-violets, chaleur, ou l'application de médicaments locaux, tels que pommades aux hormones par exemple, ou application de nitrate d'argent pour détruire l'exubérance des bourgeons charnus, ou des tissus amorphes, ce qui permet un nouveau départ de la réparation cicatricielle.

Des méthodes plus complexes ont été cependant préconisées ; rappelons la méthode proposée par G. MANDILLON (Société de Médecine de Bordeaux 1930), qui consiste en injections de chlorhydrate de choline à la dose de deux centigrammes par jour. On constate, dès la deuxième injection, l'amélioration de l'état général, une cicatrisation rapide et la diminution de la suppuration.

*
**

Certains facteurs peuvent troubler la cicatrisation dans son processus intime d'où l'apparition de modifications dans le relief et la couleur.

L'hypertrophie fibreuse peut devenir excessive, et les vaisseaux de néoformation présenter une angiectasie anormale : la cicatrice dans ces cas est dite *chéloïdienne*. Pour les anatomo-pathologistes la chéloïde est une néo-formation conjonctivo-vasculaire et constitue une véritable tumeur incluse dans la cicatrice, tumeur que l'on peut extraire après incision d'une fine pellicule superficielle : la chéloïde se présente donc comme un *angio-fibrome*.

Si l'hypertrophie fibreuse existe seule et ne s'accompagne pas d'angiectasie, la cicatrice est dite dans ce cas, *fibreuse hypertrophique*.

La fréquence et surtout l'apparition inattendue des cicatrices chéloïdiennes, surtout chez certains sujets prédisposés (chéloïdophilie), incite à rechercher avant l'opération, l'état des cicatrices déjà existantes. A défaut, on peut pratiquer une petite incision, en un endroit caché du corps. On réalise de la sorte une cicatrice témoin (DARTIGUES). Mais nous ne saurions trop insister sur ce fait d'expérience, que les régions à peau mince font, par prédilection, de bonnes cicatrices, tandis que les régions à peau épaisse tendent constamment à la cicatrisation chéloïdienne, de telle sorte que la chéloïde se retrouve, en général, chez tous les individus à des endroits d'élection.

Aux cicatrices chéloïdiennes et fibreuses hypertrophiques, s'opposent celles qui sont caractérisées par la modification du

relief *en insuffisance*. On sait que seule l'élasticité tégumentaire favorise la réparation par première intention des lèvres de la plaie. S'il n'y a qu'un simple éclatement de la peau sans solution de continuité, ou peau forcée, il y a formation de vergetures. Si la destruction est trop importante ou dépasse les possibilités de rapprochement par tractition, la peau ne se reconstitue pas et le vide sera naturellement comblé par du tissu fibreux de néo-formation. Mais si la solution de continuité est trop vaste par la perte de substance, il faut apporter du tissu cutané, soit par transplantation libre, soit par transplantation pédiculée.

D'autres cicatrices peuvent être visibles par la *coloration exagérée* due à l'angiectasie ou à la pigmentation (hyperchromie).

D'autres se décèlent encore par l'*insuffisance de la coloration* et de la dépigmentation (achromie).

D'autres enfin sont visibles par l'*absence de poils*, par la *perte du grain*, d'où perte de la *matité normale*. La peau est alors plus ou moins luisante et les moyens pour remédier à cet état de choses ne sont malheureusement pas encore connus.

II

Traitement des cicatrices vicieuses consolidées

GENERALITES

Les cicatrices consolidées peuvent devenir le siège de malformations sur lesquelles chacun s'est efforcé d'agir.

On a proposé des *thérapeutiques générales*, à base d'arsenic, d'iodure de potassium, d'huile de foie de morue, de thiosinamine, etc... Toutes ces médications, après un certain temps de vogue, ont été sans effet.

Les *traitements locaux*, au contraire, ont été plus heureux et ont donné des résultats efficaces. On a fait appel à la chimiothérapie, au thermalisme et à la physiothérapie.

Parmi les traitements locaux inspirés de la *chimie*, mentionnons celui préconisé par UNNA. Il consiste en applications de pansements humides à garder toute la nuit, selon la formule suivante :

Pepsine	2 à 10 gr.
Acide chlorhydrique	1 gr.
Acide phénique	1 gr.
Eau distillée	200 gr.

Nos confrères allemands ont également utilisé avec succès des *injections locales* de deux centimètres cubes d'une solution d'urée à 50 % dans du sérum physiologique.

Les *eaux thermales* ont donné, dans beaucoup de stations, de très heureux résultats. Le docteur DAVID a insisté tout particulièrement sur l'action sédatrice, adoucissante et décolorante des eaux mères de Salies-de-Béarn. On prescrit des compresses imbibées de la solution tiède et pure et recouvertes ensuite

de taffetas gommé laissés en place de deux à cinq heures consécutives. La durée du traitement est de trois semaines environ.

Les eaux thermales appliquées sous la forme de *douches filiformes* sont véritablement efficaces pour l'amélioration de certains cas désolants, en face desquels médecins et chirurgiens semblent parfois désarmés.

Cependant les traitements qui donnent le plus de satisfaction sont certainement les *traitements physiothérapiques*. Ce sont, pour ne citer que les principaux : l'électrolyse, la diathermo-coagulation, la neige carbonique, la radiothérapie, la radium-thérapie, le froid, la chaleur, les U. V. Nous indiquerons leur utilisation en décrivant le traitement des cicatrices fibreuses hypertrophiques et chéloïdiennes, en exposant les traitements des autres malformations cicatricielles.

Traitement des cicatrices fibreuses hypertrophiques et chéloïdiennes

De très nombreux traitements ont été préconisés pour le traitement des cicatrices. Les uns font appel aux agents physiques, d'autres à la petite chirurgie et même la pratique montre qu'il faut s'inspirer de l'association de toutes ces diverses méthodes. Aussi allons-nous faire l'exposé analytique des différents procédés thérapeutiques proposés et nous verrons successivement ce qu'il faut attendre de l'utilisation des agents physiques, du massage et de la petite chirurgie des cicatrices.

A) LES AGENTS PHYSIQUES.

On les a utilisés en très grand nombre, séparément ou associés, avec des résultats divers mais réellement encourageants.

1° *Electrolyse négative.* — C'est un excellent moyen curatif, il suffit parfois de 5 à 6 séances. Une aiguille, armée d'un courant de $1/2$ à 1 milli-ampère, est enfoncée parallèlement à la surface cicatricielle. On doit pousser l'intensité à 4 ou même 5 milli-ampères pour une durée de 10 à 15 secondes. L'aiguille est alors ramenée au zéro. Dans les mêmes conditions, on fait plusieurs séances, 5 à 6 dans la généralité ;.

2° *Ionisation.* — Cette méthode a, en particulier, la propriété d'*assouplir les cicatrices*. On a utilisé l'ionisation iodée, mais aussi et surtout l'ionisation au chlorure de magnésium ;

3° *Diathermie.* — Elle rend les plus grands services en favorisant la décongestion, mais si elle est d'une utilisation plus facile sous forme d'ondes courtes, elle semble donner des résultats moins brillants que l'électrolyse ;

4° *Ultra-violets.* — On sait que les U. V. ont une action assez

superficielle, aussi doit-on les appliquer parfois avec une vive intensité. On les réserve le plus souvent pour favoriser l'effacement d'une cicatrice normale ou très peu hypertrophique ;

5° *Le froid.* — Vulgarisé, sous la forme de neige carbonique, par LORTAT-JACOB et GIRAudeau, le traitement par le froid donne les plus heureux résultats ;

6° *La radiothérapie.* — L'expérience montre que son action n'est efficace que si on l'utilise très peu de jours après l'opération. Aussi pour la radiothérapie préventive faut-il utiliser des filtres de 10/10^e à 20/10^e d'aluminium. Il faut donner 300 R par séance et faire 2 à 3 séances à 3 semaines d'intervalle.

La radiothérapie curative se pratique de même façon, mais il faut donner d'emblée la dose la plus forte possible avant l'accoutumance de la chéloïde aux rayons X ;

7° *La radium-thérapie.* — Le radium est appliqué de préférence chez les enfants ou dans les régions d'accès difficile. On sait, en effet, que le rayonnement global ne paraît pas d'une utilisation opportune : en raison de la courte durée des applications, l'action ne peut être que superficielle, d'où le risque de produire une irritation facile de la peau. Le rayonnement filtré, au contraire, par un ou deux dixièmes de milligrammes d'épaisseur de plomb, permet d'obtenir des régressions rapides dans les chéloïdes peu épaisses. Les cicatrices chéloïdiennes ayant une forme allongée, il est commode d'utiliser des tubes placés bout à bout, contenant 15 à 20 milligrammes de radium-éléments et laissés en place 2 ou 3 heures ; les applications sont répétées tous les 8 jours, suivant les phénomènes observés.

Dans les cas de chéloïdes épaisses, il vaut mieux se servir d'un rayonnement filtré par 1 millimètre de platine et 1/2 centimètre de gaze.

Enfin on a coutume de disposer les ampoules d'émanation ou les tubes de radium de teneur faible, les uns à côté des autres pour former une plaque plate ayant les dimensions de la surface à traiter. Une telle plaque ayant une teneur correspondant à 4 milligrammes de radium-élément par centimètre

carré, est laissée en place 12 à 15 heures. On répète les applications au bout de 4 à 6 semaines.

B) LE MASSAGE.

C'est l'une des plus actives méthodes de traitement des cicatrices. On pratique des frictions, de l'effleurage et le pétrissage. Si cette méthode congestionne la région cicatricielle, elle favorise la circulation locale et chasse les œdèmes.

On a préconisé le massage à l'aide d'instruments. En particulier, la pince dermatologique d'Acquaviva permet de pratiquer la compression à petits coups répétés. Ce traitement suivi de flagellations peut être parachevé à l'aide de scarifications et de piqûres d'électrolyse.

C) PETITE CHIRURGIE.

On peut faire appel à la petite chirurgie pour le traitement des cicatrices.

1° *Scarifications*. — Les scarifications consistent en une série d'incisions parallèles ne dépassant pas la couche vasculaire du derme. On doit les entrecroiser et si l'on veut obtenir un bon résultat, il faut effectuer une véritable purée de la couche épidermique.

Les scarifications ont la propriété d'aplanir les reliefs cutanés, c'est-à-dire d'enlever les bosses et de combler les trous.

2° *Excision des cicatrices*. — L'excision des cicatrices consiste dans l'ablation chirurgicale de la surface cicatricielle. C'est une excellente méthode, mais au cas de cicatrices si étendues qu'après ablation il deviendrait impossible de réunir les lèvres de la plaie, il faut opérer des résections successives de lambeaux de cicatrice. L'excision de la cicatrice ne doit pas seulement être superficielle, elle doit intéresser les parties profondes.

Traitement des autres malformations cicatricielles

A côté des cicatrices fibreuses hypertrophiques et chéloïdiennes, on peut trouver d'autres malformations cicatricielles dont il faut tenir compte et traiter.

Dans les cas d'*atrophie cicatricielle*, si le fond est induré, l'ionisation, les scarifications et le massage sont particulièrement indiqués.

Dans les cas de *vergetures* (cicatrice par éclatement de la peau sans solution de continuité) nous n'avons que la solution chirurgicale, les autres méthodes ayant échoué.

Dans les cas de *cicatrices hyperchromiques* dues à une vascularisation exagérée, la piqûre diathermique semble le traitement de choix. Dans les cas de petite télangiectasie, la piqûre électrolytique et dans les grosses télangiectasies, la neige carbonique et le massage s'imposent.

Les *cicatrices pigmentaires* sont très difficiles à traiter, mais la neige carbonique pourra donner quelques résultats.

Quant aux cicatrices atrophiques et dépigmentées, on peut espérer un résultat par le tatouage. L'ultra-violet ne donnera qu'une amélioration passagère, mais le tatouage inclura dans les tissus la teinte appropriée ; mais il semble qu'il faille faire suivre ce genre de traitement par des applications radiothérapiques, seul moyen préventif contre la réaction chéloïdienne.

Traitement des plis et des fronces cutanées

Le souci d'éviter de trop longues cicatrices et de réduire la longueur de la fermeture opératoire amène certains chirurgiens à concentrer la plaie cutanée et à provoquer des plis et des fronces.

Comme l'a fait remarquer CLAQUÉ (compte rendu Congrès de la Chirurgie et Société de Médecine de Paris 1936), l'expérience montre tout d'abord que la peau disséquée superficiel-

lement se rétracte sur elle-même et cicatrisant en état de rétraction sur le plan profond, il y a diminution de sa surface et tension secondaire par la formation d'un panicule adipeux secondaire.

A côté de cette disparition physiologique des fronces et des plis de la peau, on peut utiliser des procédés de reconstitution par destruction chimique.

L'utilisation des exfoliants (savons de potasse, naphthol B, etc...) peuvent amener une amélioration passagère, mais si l'on veut obtenir une durée, il faut employer les caustiques avec le risque de pigmentation brune ou jaune dont il faut avoir soin de prévenir les patients.

*
**

De l'examen du problème de la cicatrice en chirurgie réparatrice mammaire, il faut déduire un certain nombre de conclusions :

Première conclusion : L'abondance même des ennuis que peut donner une cicatrice constituée montre qu'il faut soigner systématiquement la cicatrice. L'abondance même des traitements proposés montre qu'il faut les utiliser en association.

Deuxième conclusion : Pour obtenir une cicatrice aussi correcte que possible, il faut s'efforcer de placer la fermeture de la plaie cutanée dans les lignes de la peau.

Troisième conclusion : Il faut s'arranger pour qu'après l'opération, il n'existe aucune traction sur la cicatrice.

Quatrième conclusion : Il ne faut utiliser, en plastique mammaire, qu'une voie d'accès permettant de remplir les trois premières conclusions qui deviennent alors les conditions d'une voie d'accès permettant une cicatrice de fermeture cutanée aussi réduite que possible pour qu'au cas de cicatrice vicieuse elle ne puisse gêner la femme dans sa vie sociale.

Il est évident qu'on ne peut obtenir cette cicatrice aussi minime que possible que par la concentration péri-aréolaire. C'est ce qu'a bien montré le docteur Claoué dans une série de travaux et en particulier dans sa communication de juillet 1936 à la Société de Médecine de Paris.

Cette question est d'importance, c'est pourquoi nous publions ci-après quelques observations qui montrent l'intérêt de la notion cicatricielle en plastique mammaire.



Fig. 64. — 1^{re} observation.

Type de cicatrice vicieuse sous-mammaire dans le procédé classique.
Les cicatrices en échelle de perroquet barrent les seins et s'étendent de la gorge aux aisselles.



Fig. 65. — 2^e observation.

Type de cicatrice sous-mammaire (méthode classique). La cicatrice forme une ligne rouge allant de la gorge aux aisselles ; (vue en position couchée).



Fig. 66. — 3^e observation.

Type de cicatrice vicieuse par la méthode à sutures sous-mammaire. Non seulement la cicatrice va de la gorge aux aisselles, mais la reconstruction du sein est défectueuse.

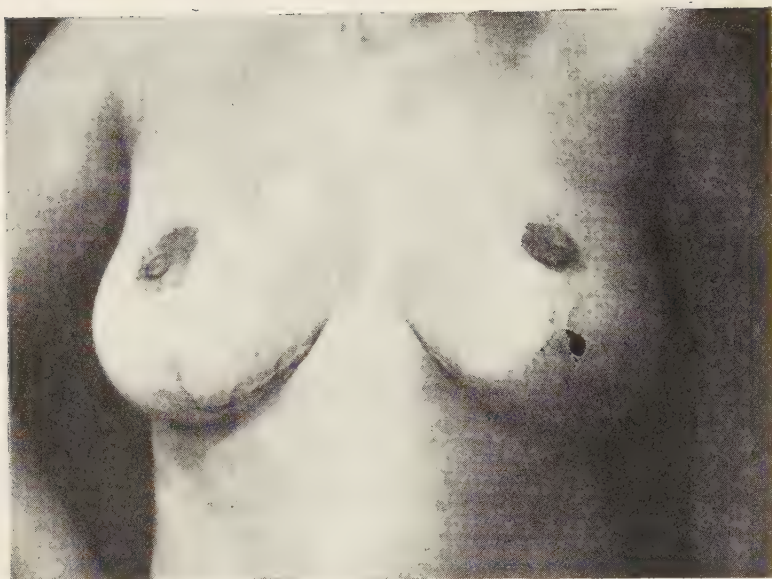


Fig. 67. — 4^e observation.

Type de cicatrice et de modelage glandulaire vicieux dans le cas de cicatrice en T renversé.

Malgré le raccourcissement de la cicatrice horizontale par l'adjonction de la cicatrice verticale, les cicatrices s'approchent de la gorge et des aisselles.

Remarquez la reconstruction vicieuse de la glande mammaire.



Fig. 68. — 5^e observation.

Ptose mammaire chez une jeune fille : avant l'opération.

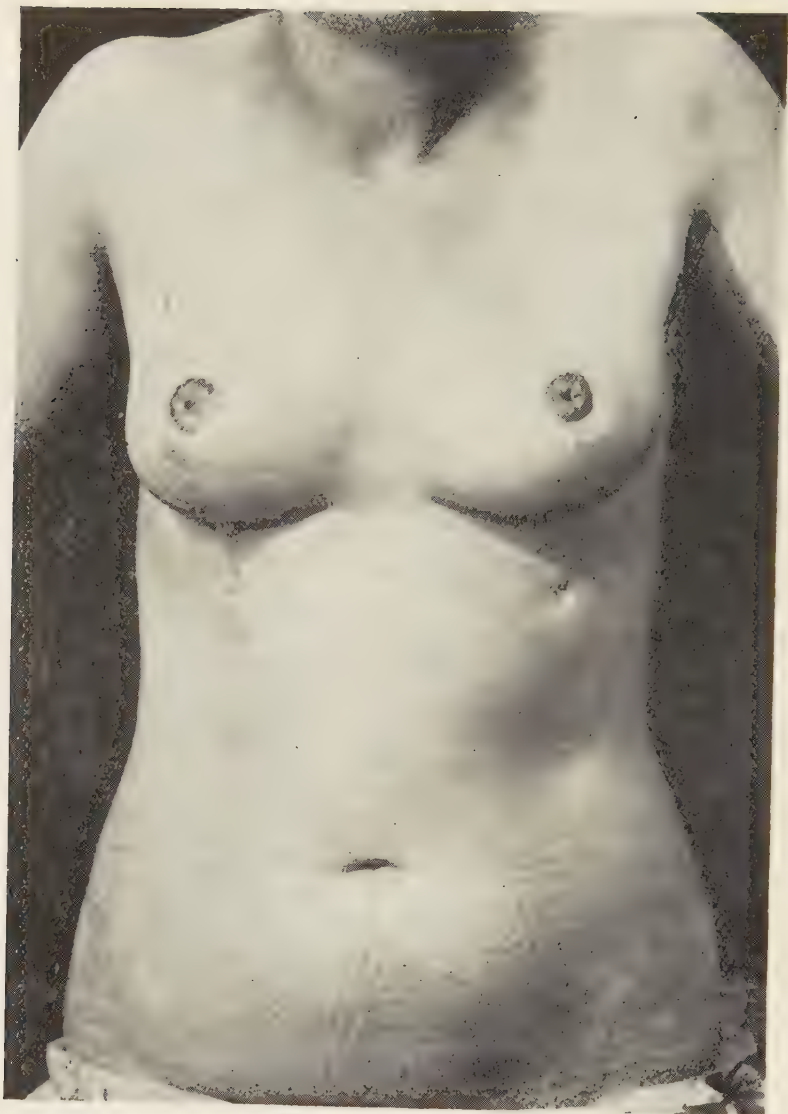


Fig. 69. — 5^e observation.

Résultat opératoire : la cicatrice de fermeture est longue parce que non concentrée peri-aréolaire. Elle déborde sur les fausses côtes. C'est l'inconvénient d'une cicatrice verticale seule qui ne s'inspire pas de la répartition de la peau sur le sein néoformé. Cependant, il n'y a aucune cicatrice au niveau de la gorge et des aisselles (CLAUUE).

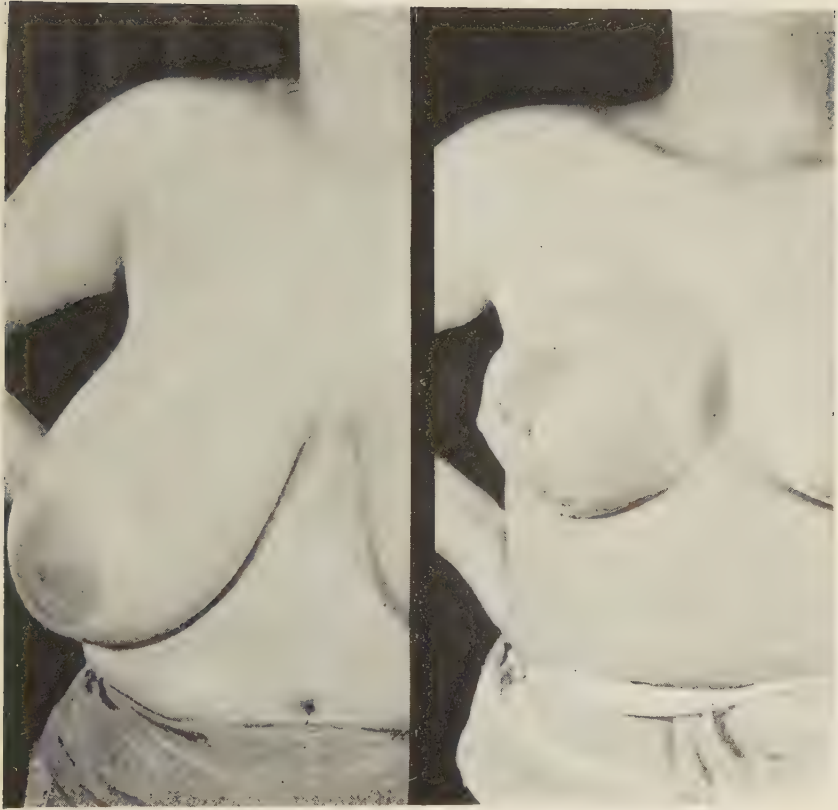


Fig. 70. — 6° observation.

Avant et quelques jours après l'opération.

Cicatrice concentrée peri-aréolaire avec cicatrice verticale.

Il s'agit d'une très volumineuse poitrine dont on a réséqué la plus grande partie. Pas de cicatrices au niveau de la gorge et des aisselles (CLAOUE).

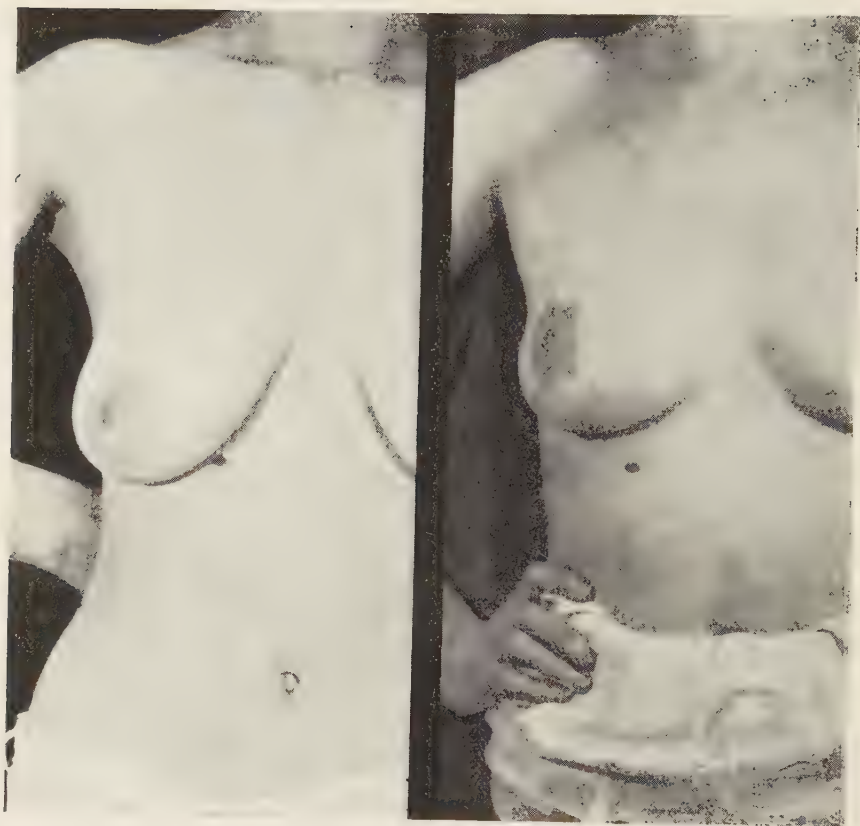


Fig. 71. — 7^e observation.

Avant et après l'opération.

Cicatrice concentrée peri-aréolaire. Malgré la présence d'une cicatrice fibreuse hypertrophique, il n'y a pas de cicatrice au niveau de la gorge et des aisselles (CLAOUE).

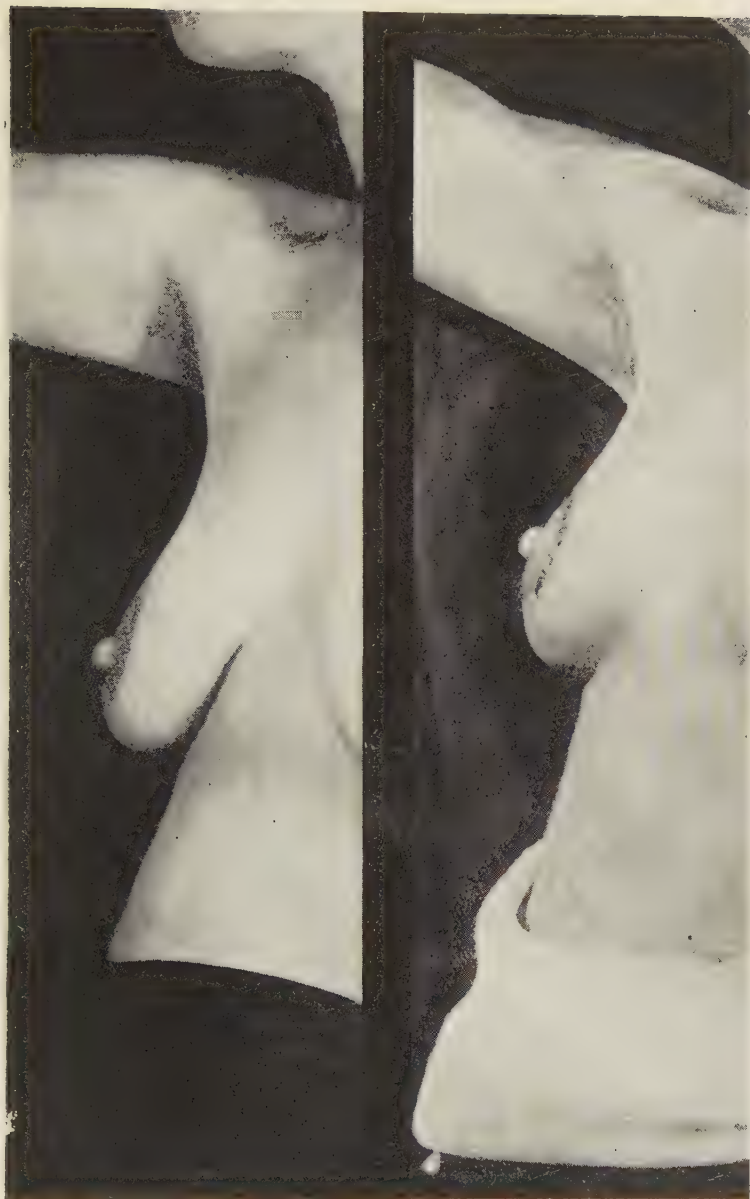


Fig. 72. — 8^e observation.

Avant et après l'opération.

Cicatrice concentrée peri-aréolaire. Vue de profil oblique (CLAUQUE).

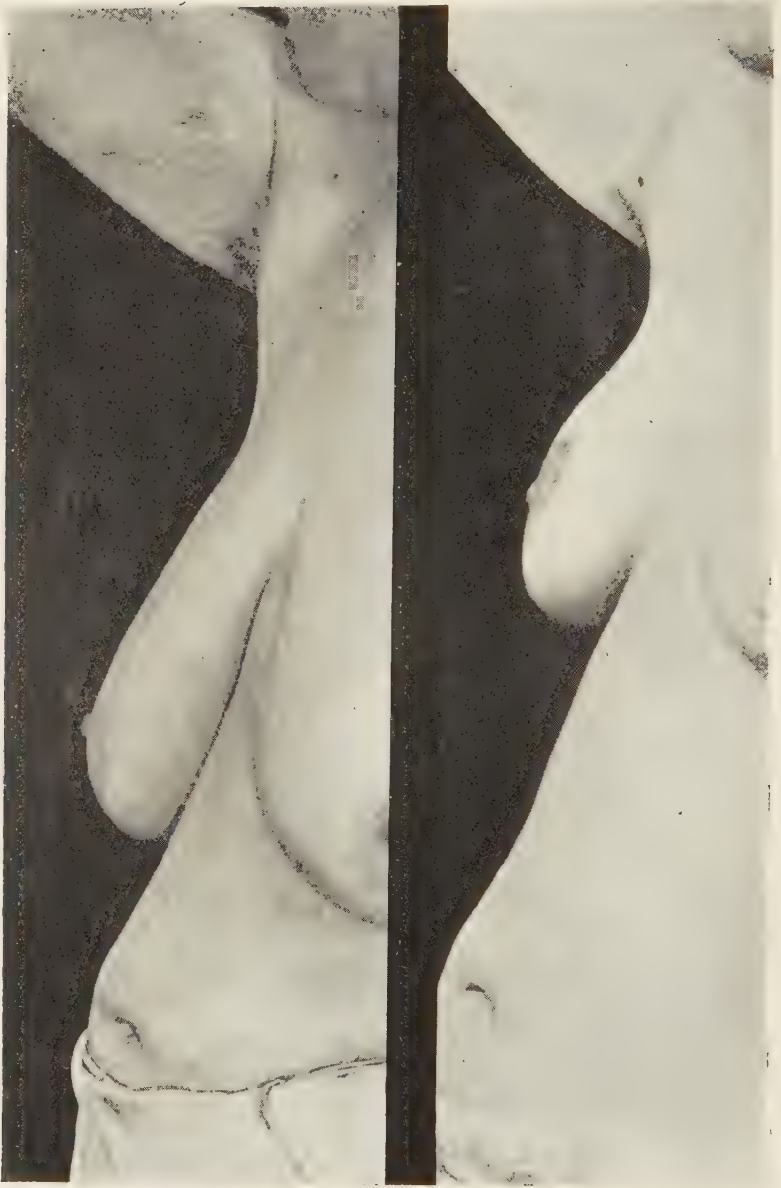


Fig. 73. — 9^e observation.

Forte ptose mammaire.

Avant et après l'opération.

Cicatrice concentrée peri-aréolaire. Pas de cicatrices au niveau de la gorge.

Vue de profil oblique (CLAOUE).

CONCLUSIONS

Le but que nous nous sommes proposé au cours de cet ouvrage a été de mener à bien une enquête d'ensemble sur un chapitre nouveau de la nosologie médicale.

Dans une première partie, nous avons étudié l'esthétique mammaire à travers l'histoire, montrant ainsi la relativité humaine à cet égard.

Puis au cours d'un chapitre consacré à la chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la jurisprudence, nous dégageons l'importance, au cas d'opérations non urgentes, d'éclairer les consultants sur les risques chirurgicaux et les résultats esthétiques possibles.

*
**

La deuxième partie de cet ouvrage est consacrée à la discussion des indications opératoires et des données du problème.

Quelles sont les possibilités et la situation sociale d'une femme atteinte de ce genre de difformités ?

Il faut tenir compte de l'état physique, mental et considérer

que ce genre d'opération ne doit être envisagé que sous le jour « d'opération de résignation ».

Quant aux données du problème, elles sont essentiellement d'ordre anatomique. Le repérage, en vue de la reconstruction, doit appartenir à la peau elle-même (CLAOUÉ), puisque la glande est anatomiquement et embryologiquement cutanée.

Enfin, ces données anatomiques amènent naturellement à poser le sens technique du problème opératoire : et l'opération plastique la plus rationnellement conçue doit comporter les temps suivants :

1° Résection de la glande au travers d'une voie d'accès aussi large que possible, mais dont la trace pourra être confondue avec une cicatrice de fermeture aussi réduite que possible :

2° Reconstruction d'un ligament suspenseur pour remplacer le fascia superficialis déficient ;

3° Conservation de la nutrition de l'aréole et du mamelon ;

4° Conservation de l'innervation ;

5° Conservation d'une portion de la glande et des canaux galactophores correspondants ;

6° Conservation de l'espace clivable rétro-mammaire ;

7° Obtention de cicatrices aussi minimales que possible et concentrées aréolaires ;

8° Possibilité de retouches post-opératoires faciles à exécuter.

*
**

Si les données anatomiques apportent des éléments à la solution du problème, que faut-il attendre de l'étude physiologique de la glande mammaire au point de vue du traitement médical de la ptose ? C'est l'objet de la troisième partie de cet ouvrage, dont la conclusion logique, est la prévention des difformités mammaires.

Ce problème médical des malformations mammaires semble commandé en particulier par la synergie fonctionnelle de la glande mammaire et des ovaires et par l'influence des autres glandes endocrines.

*
**

La quatrième partie de cet ouvrage est l'exposé des principales solutions chirurgicales qui ont été préconisées.

On peut les classer selon que l'esprit de leurs auteurs s'est arrêté à une *conception cutanée simple* ; à une *résection glandulaire sans ou avec transport du mamelon*. Cependant, le mode de résection, de reconstruction ou de cicatrice de fermeture, permet la comparaison entre les diverses solutions proposées.

Un exposé analytique, par ordre alphabétique, des techniques les plus courantes, fait l'objet du chapitre IV.

La cicatrice a de toute évidence une importance première en chirurgie réparatrice. A l'étude de l'évolution cicatricielle, fait suite le traitement des cicatrices consolidées vicieuses et le traitement des plis et des fronces cutanées. Ce chapitre se termine par la publication comparative d'observations montrant le genre de cicatrices vicieuses, suivant les différentes techniques. C'est ce qui nous fait préférer la technique CLAOUÉ à toute autre : elle évite la présence de cicatrices au niveau de la gorge et des aisselles.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissante envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes, si je viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER .

Le Président.

P. BEGOUIN

Vu :

Le Doyen.

PIERRE MAURIAC

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 29 juin 1936.

Le Recteur de l'Académie.

A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie que nous présentons en fin de ce volume ne saurait être complète. Nous n'avons pas en effet la prétention d'avoir, malgré la plus entière bonne volonté lu tout ce qui a paru sur la plastique mammaire.

Certains chercheurs ont apporté une contribution certaine à ce chapitre de la chirurgie. La référence de tous les travaux que nous donnons représente à nos yeux soit la valeur de précieux documents, soit l'intérêt de l'actualité, soit l'intérêt d'une revue générale utile à connaître.

A cet égard nous conseillons particulièrement la lecture des livres de BIESENBERGER, de EITNER, de J. JOSEPH en langue étrangère ; la thèse de BRUGEAS collaborateur du docteur AUBER de Marseille, les travaux du Docteur DARTIGUES, la publication de MORENARD dans la pratique chirurgicale illustrée de PAUCHET, en langue française.

L'ordre chronologique des faits, traduit le mieux à notre sens l'activité d'une question scientifique, c'est pourquoi nous l'avons adopté dans l'exposé ci-après, en commençant par les travaux les plus rapprochés en date.

- 1936 — PEUGNEZ. — Chirurgie réparatrice, plastique et Esthétique de l'Abdomen, présentation de l'ouvrage du Dr DARTIGUES. *Sté de Médecine de Paris* 1936.
- 1936 — DARTIGUES. — Comment examiner une déficience des seins en vue d'une opération reconstructive, plastique et esthétique. *Société de Médecine de Paris*. Mars 1936.
- 1936 — C. CLAOUÉ. — Sur la reconstruction de la glande mammaire. *Société de Médecine de Paris*. Janvier 1936.

- 1936 — C. CLAOUÉ et I. BERNARD. — L'esthétique mammaire à travers l'histoire. *Editions Maloine éditeurs, Paris, 26, rue de l'Ecole de Médecine.*
- 1936 — C. CLAOUÉ — Chirurgie réparatrice mammaire. Distribution de la peau sur le sein néoformé. *Société de Médecine de Paris. Juillet 1936.*
- 1935 — C. CLAOUÉ. — Réponse au Dr BOURGUET. Au sujet de la conception de M. CLAOUÉ concernant l'opération des seins. *Société de Médecine de Paris 1935, n° 16.*
- 1935 — DUPUY DE FRENELLE. — Toute lésion chronique du sein peut contenir un germe de cancer. *Sté de Médecine de Paris, 1935.*
- 1935 — C. CLAOUÉ. — Chirurgie réparatrice mammaire. *Sté de Médecine de Paris, juin 1935.*
- 1935 — DARTIGUES. — Points de repère des mamelons par rapport au thorax, en chirurgie mammaire. *Sté de Médecine de Paris. Octobre 1935.*
- 1935 — C. CLAOUÉ et I. BERNARD. — La chirurgie réparatrice dans ses rapports avec la jurisprudence. *Maloine éditeur, Paris.*
- 1935 — C. CLAOUÉ et I. BERNARD. — Les données anatomiques de la Chirurgie réparatrice mammaire. *Editions Maloine, Paris.*
- 1935 — DAUSSET et FERRIER. — La d'Arsonvalisation Mammaire à faible intensité. Son action sur le système endocrinien. *Bulletin officiel de la Société d'électrothérapie et de radiologie. Mars 1935.*
- 1935 — J. J. JARRY. — Contribution à l'étude de la d'Arsonvalisation mammaire, sa répercussion sur l'équilibre endocrinien. (Travail du service central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. Clinique du Professeur Carnot). *Thèse Paris, 1935.*
- 1934 — LEVI Léopold. — OPOTHERAPIE ENDOCRINIENNE. — Ses applications journalières. *Troisième édition, éditeurs Paris.*
- 1933 — MONTANT et DUBOIS. — Chirurgie plastique des seins. *Editions médicales, N. Maloine, Paris.*

- 1933 -- DUFOURMENTEL. — La mastopexie. *Société des Chirurgiens de Paris. Séance du 5 mai 1933.*
- 1933 — HIRTZ. — Le Consentement aux opérations. *Editions Delmas, Bordeaux et Thèses, Bordeaux 1933.*
- 1933 — J. BOIVIN. — Une technique de Mastoplastie. *Thèse Paris 1933.*
- 1932 — LAGARDE. — Mastopexie bilatérale et traitement des prolapsus mammaire au premier degré. *Paris Chirurgical* n° 8, 1932.
- 1932 — Max CULTER. — La transillumination du sein. *Presse médicale* 1932.
- 1932 — DUFOURMENTEL. — Comment obtenir une forme satisfaisante dans les opérations de relèvement du sein par déplacement. *Bulletin médical*, 1932.
- 1932 — EITNER. — Kosmétische operationen. *Springer, éditeur à Vienne 1932.*
- 1931 — PASSOT. — La chirurgie esthétique pure. *Douin éditeur, Paris.*
- 1931 — JOSEPH. — Nasenplastik und sonstige Gesichtplastik nebst einem Anhang über Mammaplastik. *Curt Kabitzch 1931.*
- 1931 — ACQUAVIVA. — Les dermatoses inesthétiques. Leur traitement par les agents physiques. *Editions Médicales N. Maloine.*
- 1931 — DARTIGUES et LEYDIER. Conformation morphologique de la poitrine après la mammectomie totale. *Comptes rendus de la Société Française de Chirurgie plastique 1931. Maloine éditeur, Paris.*
- 1931 — LEYDIER. — De l'incision circulaire de fenestration ou de nidation et l'incision circulaire de section peri-aréolaire dans les transpositions du sein et de mammectomie totale. *Comptes rendus de la Société Française de Chirurgie plastique, 1931. Maloine, éditeur, Paris.*
- 1931 — PEDRO-JAUREGUIL. — Mammectomie totale et auto greffe libre aréolo-mamelonnaire ; mammectomie bilatérale esthétique par le procédé de Dartigues. *Comptes rendus de la Société française de Chirurgie plastique, 1931. Maloine, éditeur, Paris.*

- 1930 — SCHWARZMANN. — Chirurgie plastique mammaire. (*Der Chirurgie*, 1930).
- 1930 — Léopold LEVI et Madeleine HIRSCH. — Contribution à la Semeiologie des seins et au fonctionnement mammaire par rapport aux autres glandes endocrines. *Revue de Médecine*, 1930.
- 1930 — Le sein dans l'art, l'histoire et la littérature. *Editions Aesculape, Paris*.
- 1929 — PIERA. — L'opothérapie mammaire dans le traitement des congestions intestitielles in *Gynécologie et Obstétrique*.
- 1929 — DAR'IGUES. — De la greffe autoplastique libre aréolo-mammelonnaire combinée à la mamectomie bilatérale totale. Les raisons de sa prise. *Paris Chirurgical*, 1929.
- 1929 — BROUHA et SIMONET. — Du rôle des hormones sexuelles dans le déterminisme de la sécrétion mammaire. *Liège Médical*, juillet 1929.
- 1927 — Henri VIGNES. — A propos de l'opothérapie mammaire. *Bulletin général de thérapeutique, année 1927*.
- 1927 — FORGUE. — Précis de Pathologie externe. *Doin, éditeur à Paris*.
- 1925 — DUFOURMENTEL. — La mastopexie par déplacement sous-cutané avec transposition du mamelon. *Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, 20 mars 1925.
- 1925 — DUFOURMENTEL. — L'incision aréolaire dans la chirurgie du sein. *Sté des Chirurgiens de Paris*, 6 janvier 1925.
- 1925 — VILLANDRE. — *Archives franco-belge de Chirurgie*, 1925.
- 1925 — PASSOT. — *Presse Médicale*, 1925.
- 1929 — DARTIGUES. — Etat actuel de la chirurgie esthétique mammaire. *Le Monde Médical*, 1928.
- 1919 — Dr CARLU-LISE-GUILLOT-KAHN. — Le Médecin et l'éducation physique à l'école. (*Thèse de Bordeaux*, 1919).
- 1918 — JAYLE. — Traité de gynécologie. *Masson, éditeur, Paris*.
- 1921 — GÉRARD. — Manuel d'anatomie humaine. *Masson, éditeur à Paris*.
- 1912 — HOLLANDER. — *Müchner medi-Wochenschrift*, 1912.

- 1912 — LEXER. — *MUCHNER medi-Wochenschrift*, 1912.
- 1909 — ANCEL et BOUIN. — Le développement de la glande mammaire pendant la gestation est déterminée par le corps jaune. (*Ancel et Bouin*), 1909.
- 1909 — MORESTIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1909.
- 1907 — MORESTIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1907.
- 1907 — MORESTIN. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1907.
- 1903 — GUINARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1903.
- 1903 — MORESTIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1903.
- 1898 — VERCHERE. *Med. Moderne* 1898.
- 1897 — POUSSON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, n° 23, 1897.
-

— Aurillac —

Imprimerie Moderne

